

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1891

THÈSE

N°

13

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 novembre 1891, à 1 heure

Par A. RAFFI

Né à Montsalès (Aveyron) le 27 octobre 1865.

DE LA

PATHOGÉNIE CLINIQUE

DE LA

Suppuration des Kystes hydatiques du foie

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur.
 } CHAUFFARD, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

13

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 novembre 1891, à 1 heure

Par A. RAFFI

Né à Montsalès (Aveyron) le 27 octobre 1865.

DE LA

PATHOGÉNIE CLINIQUE

DE LA

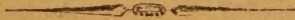
Suppuration des Kystes hydatiques du foie



Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur.
 } CHAUFFARD, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILIAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHEL, SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BAILLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLÉY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTIERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR CHAUFFARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR STRAUS

DE LA

PATHOGÉNIE CLINIQUE

DE LA

Suppuration des Kystes hydatiques du foie

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été consacrés dans ces dernières années au kyste hydatique du foie, à l'étude de son étiologie, de son diagnostic et surtout de son traitement. Tout a été dit sur ses terminaisons possibles : un seul point, cependant, de son évolution n'a pas été, à notre avis, assez mis en lumière, c'est la question de sa suppuration.

D'où vient-elle ? Quels en sont les facteurs ordinaires ?

Notre excellent maître, M. le professeur agrégé Chauffard, a eu l'occasion d'avoir, cette année, dans son service à l'hôpital Broussais, un cas de kyste hydatique du foie suppuré. Ce cas, très intéressant et très curieux, a été le point de départ de nombreuses recherches sur lesquelles notre maître a bien voulu attirer notre attention en nous proposant de faire notre thèse inaugurale sur la pathogénie de la suppuration dans les kystes hydatiques du foie.

Ce travail, pour être mené à bien et être complet, eût nécessité de nombreuses recherches bactériologiques qu'il n'est pas en notre pouvoir de faire et qui n'ont pas encore été faites, le cas de M. Chauffard étant le premier publié et étudié aussi complètement. Nous avons cependant la bonne fortune de pouvoir produire ici une observation inédite dans laquelle le microscope est intervenu pour déceler la présence des microorganismes, auteurs de la suppuration kystique : cette observation si intéressante, nous la devons à notre ami, M. le Dr Couder, à qui nous adressons ici nos sincères remerciements.

Les matériaux manquant du côté bactériologique, nous avons été amenés, sur le conseil de M. le Dr Chauffard, à faire des recherches dans les travaux déjà parus, et à voir, dans les nombreuses observations publiées de kystes suppurés du foie, à quelles sources on devait attribuer *dans la clinique* l'infection ou tout au moins la suppuration de ces kystes ; car, comme nous le verrons dans un cas, le kyste hydatique quoique suppuré ne contenait aucun microbe.

Nous avons recueilli 46 observations de kystes hydatiques du foie suppurés : nous regrettons de ne pouvoir apporter un chiffre plus important de faits, mais nous n'avons accepté dans notre travail que les observations dans lesquelles la clinique, la ponction ou la nécropsie nous ont nettement démontré la suppuration. Nous avons dû en laisser passer un grand nombre à cause du peu de renseignements qui s'y trouvaient consignés et, à ce sujet, nous nous permettrons de regretter que MM. les Chirurgiens aient cru devoir tant sacrifier la question

de pathogénie à celle du traitement. Nous avons aussi omis de signaler les observations dans lesquelles, dans un but thérapeutique, on avait provoqué volontairement la suppuration du kyste comme dans le traitement par la méthode Récamier.

Voici le plan que nous avons adopté dans notre travail : Dans une première partie, nous avons cru devoir donner un résumé de la communication de MM. Chauffard et Widal à la Société des Hôpitaux : les résultats donnés par les nombreuses expériences qui y sont consignées, éclairent plus d'un point de l'évolution des kystes hydatiques et servent de base à notre travail. Nous avons fait suivre cet exposé de quelques réflexions qu'il nous a suggérées et nous avons ensuite passé à l'étude des voies suivies par l'infection pour arriver au kyste. Dans une deuxième partie, nous avons essayé de faire la symptomatologie de la suppuration des kystes hydatiques du foie, telle qu'elle nous a paru ressortir de nos observations ; nous avons terminé ce chapitre par quelques notes sur les agents infectieux à qui l'on doit attribuer la suppuration des échinocoques.

Avant d'entrer dans le corps de notre sujet, nous adressons nos sincères remerciements à notre excellent maître, M. le professeur agrégé Chauffard, pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée et pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer dans ce travail.

Que M. le professeur Straus veuille bien aussi accepter l'hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de notre thèse.

Résumé. — I. — Le liquide hydatique normal contient-il des micro-organismes ?

Des observations cliniques d'épanchement de ce liquide dans le péritoine non suivi d'accidents infectieux prouvent l'absence de microbes dans le liquide hydatique. Quant à l'expérimentation, elle ne fait que corroborer ce fait : en effet, du liquide extrait d'un kyste avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, et ensemencé dans différents bouillons de culture, ne donne lieu au développement d'aucune colonie microbienne.

Le liquide hydatique normalement aseptique, constitue-t-il un milieu de culture favorable aux différents microbes pyogènes ?

Les expériences faites avec le staphylocoque doré, le streptocoque, le bacterium coli commune et le bacille typhique ont parfaitement réussi et ont donné de belles cultures de ces microbes.

II. — Quel rôle joue la membrane hydatique vis-à-vis des microbes ; se laisse-t-elle traverser par eux, ou leur oppose-t-elle une barrière efficace ?

De petites vésicules transparentes, plongées dans des bouillons ensemencés avec différents microbes et retirées au bout de dix jours, n'ont contenu aucun microbe. La membrane hydatique constitue donc un filtre parfait et

une barrière pour les microbes. Quant aux substances solubles, elle les laisse pénétrer : les expériences faites sur des solutions de fuchsiné, de violet de méthyle, de sulfate de cuivre, d'iodure de potassium et de sublimé, ont prouvé la pénétration de ces sels dans le liquide hydatique à travers la membrane d'enveloppe. Il en a été de même avec les produits solubles d'origine microbienne, et voici, à ce sujet, une des plus belles expériences de ce travail : une vésicule transparente est plongée dans un bouillon ensemencé avec le bacille pyocyanique. Huit jours après, le bouillon de culture est d'un vert intense ; la vésicule retirée est restée parfaitement translucide, mais son contenu présente la coloration vert absinthe ; ce contenu, retiré avec une pipette stérilisée, et ensemencé dans du bouillon, donne un résultat négatif.

III. — Une autre série d'expériences ont été faites dans le but de savoir quelle quantité de substance antiseptique il fallait pour maintenir stérile le liquide hydatique.

Pour le sublimé, la proportion suffisante semble être de 1 pour 55000 de liquide hydatique (36 gr. de liqueur de Van Swieten pour 2 litres de liquide) ; pour l'acide phénique, les doses nécessaires seraient trop élevées pour pouvoir être utilisées dans la pratique ; quant au naphthol β , le liquide hydatique additionné au sixième d'eau naphtholée saturée permet encore la germination,

IV. — De toutes ces expériences, on peut conclure que la suppuration ne peut envahir la poche kystique que si les parois de celle-ci ont été au préalable fissurées ou altérées par une péri-kystite suppurative. Pas de germes microbiens dans une poche hydatique intacte.

Quant à savoir maintenant quels microbes peuvent se trouver dans un kyste suppuré ? Tous probablement, puisque pour tous le liquide hydatique constitue un milieu de culture favorable.

V. — Conclusions :

- 1° Asepsie du liquide hydatique (eau de roche) ;
- 2° Pouvoir bactéricole de ce même liquide pour les différents microbes expérimentés ;
- 3° Imperméabilité absolue de la membrane hydatique vis-à-vis des microbes qu'elle arrête comme un filtre parfait ;
- 4° Rôle dialytique de cette membrane pour les substances cristalloïdes et colloïdes ;
- 5° Passage à travers la membrane des substances d'origine microbienne ;
- 6° Infection toujours secondaire de la cavité kystique et multiplicité des germes qui peuvent y concourir ;
- 7° Faible virulence, au moins dans certains cas, du pus hydatique, expliquée par l'absence possible et prouvée, dans ce même pus, des germes pyogènes (conclusion prouvée par l'observation V).

L'importance qu'a à nos yeux le travail de MM. Chauffard et Vidal est non seulement d'avoir fait connaître quelques particularités de l'évolution des kystes hydatiques du foie, mais encore d'avoir assis sur des expériences irréprochables et probantes des faits cliniques que l'on s'expliquait difficilement avec les connaissances de la pathologie.

Comment admettre, en effet, théoriquement les faits d'épanchement de liquide hydatique dans le péritoine

sans accidents infectieux consécutifs ? Comment s'expliquer les cas comme celui publié dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1869 par M. Ducastel, relatant l'observation d'un kyste hydatique non suppuré, alors que le parenchyme hépatique voisin était parsemé d'abcès ; comme le fait communiqué par M. Périer à l'Académie de Médecine dans sa séance du 7 octobre 1890, où la laparotomie faite après la rupture du kyste démontra l'épanchement intrapéritonéal de bile et de liquide hydatique avec les vésicules sans la moindre réaction inflammatoire de la séreuse ? L'étude du liquide et de la membrane hydatiques, telle qu'elle est exposée dans le travail résumé plus haut, nous donne les raisons de ces contradictions apparentes.

Le kyste hydatique est donc une cavité close, véritable ballon Pasteur, dont l'infection ne peut venir que du dehors et dans lequel les microbes pyogènes ne peuvent pénétrer qu'à l'aide d'une effraction quelconque de la paroi d'enveloppe. De quelle manière se produit donc cette porte d'entrée aux microbes ? Murchison dit dans son *Traité des maladies du foie* : « La membrane hydatique étant dépourvue de vaisseaux, il est peu probable qu'elle puisse être le siège d'un travail inflammatoire quelconque et par suite de suppuration. Quand donc on parle d'inflammation ou de suppuration du kyste hydatique, ce n'est pas des hydatides qu'il s'agit, mais bien du kyste adventice et du tissu ambiant. On peut néanmoins poser comme règle que si l'ouverture du kyste a lieu avant qu'il soit survenu de complication appréciable, on aura un contenu limpide et homogène ».

De ces lignes découle l'idée de périkytite suppurative telle que nous la trouvons exposée dans le travail de MM. Chauffard et Vidal. Nous avons recherché soigneusement cette notion dans toutes les observations que nous avons trouvées; mais, soit que le fait ne fut pas admis, soit qu'il eût passé inaperçu, nous n'avons trouvé nulle part consignée la périkytite, prélude de l'infection de la poche hydatique.

L'état de la question ainsi établi, à quel niveau et sous quelle influence va se produire cette inflammation préparatoire?

La paroi du kyste hydatique est composée de trois couches : ce sont, en allant de dedans en dehors, la *membrane fertile* ou germinale qui présente un aspect granuleux dû à une foule de petites élevures, d'abord sessiles, puis pédiculées et kystiques (échinocoques); la *membrane cuticulaire*, anhyste et transparente, composée de feuillets régulièrement stratifiés; et la *couche adventice* formée par du tissu fibreux provenant de la réaction inflammatoire de l'organe dans lequel se trouve placé le kyste. Les deux premières couches forment l'enveloppe proprement dite de l'échinocoque. Selon toutes les probabilités, c'est au niveau de la membrane adventice que se développe l'inflammation. Quant à savoir sous quelle influence elle y naît? nous pensons, quant à nous, qu'elle y est appelée par l'action irritante du kyste sous le tissu environnant : l'échinocoque en se développant comprime les organes voisins qui réagissent contre cette atteinte, s'enflamment et déterminent la périkytite suppurative mentionnée plus haut. L'infection du kyste est alors pro-

che; en effet, sous la réaction inflammatoire des tissus qui l'entourent, la membrane hydatique est atteinte elle-même dans sa vitalité et revêt peu à peu les caractères que lui ont depuis longtemps attribués les chirurgiens, c'est-à-dire qu'elle devient alors sèche, grenue, jaunâtre et cassante.

La porte est ouverte à la suppuration, d'où vont venir les microbes qui y présideront ? quelle voie vont-ils suivre ?

A l'état normal, le tube digestif est infecté, depuis la bouche habitée par le *leptothrix buccalis* jusque aux dernières portions du côlon qu'habite le *bacterium coli* commune. C'est donc là la principale origine des microbes, auteurs de la contamination des kystes hydatiques du foie. « Les microbes qui se trouvent à l'état endémique dans l'intestin trouvent dans les surfaces ulcérées de l'intestin des portes d'entrée qui leur permettent de pénétrer par les capillaires ou les lymphatiques dans la circulation et d'aller former ainsi des foyers de suppuration dans différents viscères » (Hallopeau).

Outre ces microorganismes, hôtes habituels du tube digestif, il est certain que le contenu microbien de l'intestin doit varier avec les aliments ingérés et qu'avec ceux-ci peuvent entrer dans le tube digestif d'autres microbes également nocifs, agents effectifs des différentes maladies. A l'état pathologique, en effet, toutes les parties de l'organisme peuvent être atteintes dans leur vitalité par des agents pathogènes, qui de là sont susceptibles de se transmettre aux différents points faibles de l'individu et d'y exercer leurs ravages. Cette source d'infection

tion des kystes hydatiques, sans atteindre l'importance de la précédente qui menace sans cesse l'échinocoque, peut cependant compter à son actif un certain nombre de cas de kystes suppurés.

Les microbes peuvent parvenir au kyste hydatique du foie par plusieurs voies : la voie sanguine, la voie biliaire et la voie lymphatique. Ils peuvent en outre contaminer le kyste par l'entremise des organes voisins déjà infectés ; mais cette origine d'infection n'est qu'une manière d'être de la contamination par voie lymphatique : les vaisseaux lymphatiques du foie communiquant avec ceux des organes thoraciques et abdominaux voisins.

Dans sa très intéressante thèse sur les Infections biliaires, M. Dupré écrit : « C'est dans la grande majorité des cas, par la voie sanguine qu'arrivent au parenchyme du foie les microbes pathogènes. Par l'artère hépatique, sont transportés dans la trame du foie les agents infectieux des septicémies ;... par la veine-porte arrivent au tissu hépatique les agents infectieux venus de l'intestin, principalement lorsque les différents processus ulcératifs, d'origine microbienne, qui compromettent l'intégrité de l'épithélium intestinal, ont, par effraction vasculaire, ouvert aux micro-organismes pathogènes les voies de la circulation porte... Dans les cas où l'infection hépatique est réalisée par la voie artérielle, l'infection générale du sang préside et prime l'infection locale du foie qui n'est que secondaire, épi-phénoménale, et souvent négligeable. Quand l'infection hépatique est réalisée par la voie veineuse, l'infection intestinale précède et le plus souvent prime l'infection du foie. »

D'après nos recherches, nous ne croyons pas l'infection par la voie sanguine aussi fréquente que semblent le dire les lignes que nous venons de citer. Il est vrai d'ajouter que ce que dit M. Dupré a trait à l'infection des voies biliaires dont l'indépendance envers le système sanguin n'est possible que pour les voies d'un certain calibre, le kyste hydatique, au contraire, est une formation pathologique dont les rapports avec les éléments sanguins du foie sont à l'état normal loin d'être aussi intimes.

Sur 46 observations, en effet, nous n'avons noté l'infection par la voie sanguine que quatre fois : trois fois par la voie artérielle (Obs. XII, XV, XLVI) et une fois par la voie veineuse (Obs. XVII). Dans les trois premiers cas, l'infection était déjà répandue dans le sang et la suppuration du kyste hydatique n'a été qu'une complication de l'affection primitive. Dans l'observation XVII, au contraire, c'est grâce à l'ulcération des plaques de Peyer produite par le bacille typhique que les microbes ont pu envahir la veine-porte et le kyste hydatique.

L'infection transmise par les voies biliaires est très fréquente et nous semble à elle seule englober plus de la moitié des faits. La raison de cette fréquence réside, selon nous, dans la différence qui existe entre les deux systèmes vasculaires, et dans le mécanisme qui préside à l'infection du kyste.

Il est facile, en effet, de saisir la grande différence qui règne au point de vue infectieux entre les vaisseaux sanguins et lymphatiques toujours normalement fermés,

et les voies biliaires s'abouchant et communiquant à plein canal avec une cavité infectée telle que l'intestin. Tandis que le premier système protégé par une barrière membraneuse continue est relativement à l'abri des infections extérieures, le second est sans cesse en danger de contamination et d'inoculation. Dans l'infection par la voie sanguine, les agents pathogènes, pour pénétrer dans les vaisseaux, ont besoin d'une effraction, et ce n'est que grâce à cette porte d'entrée produite par une infection primitive qu'ils peuvent arriver au kyste. Dans l'infection par les voies biliaires, au contraire, le danger est proche, il est imminent à chaque instant : les microbes pyogènes sont en permanence dans l'intestin et n'attendent plus qu'une circonstance fortuite pour envahir le kyste. Cette condition favorable en même temps qu'indispensable à la suppuration kystique leur est fournie par l'inflammation des voies biliaires. Dans les cas, en effet, où la bile pénètre aseptique dans un kyste hydatique, elle n'en détermine point la suppuration ; elle devient au contraire une solution heureuse pour la poche et en détermine souvent la guérison. Frérichs dit quelque part dans son traité : « Dans presque tous les cas d'échinocoques que j'ai vus en voie de marche rétrograde et de rétraction, j'ai constaté la présence de la bile dans le sac. »

Normalement la bile est aseptique : les travaux consignés dans la thèse de M. Dupré le prouvent d'une façon démonstrative ; les faits cliniques d'épanchement biliaire dans le péritoine non suivi d'accidents en sont une preuve de plus. « Lorsque les voies biliaires se rompent, dans

L'immense majorité des cas, c'est qu'elles étaient, antérieurement à la rupture, malades et par conséquent infectées. Aussi l'accident se juge-t-il, à moins d'adhérences préalables, par une infection péritonéale suraiguë, mortelle. — Et l'ancienne médecine avait généralisé les funestes conséquences de l'accident et en avait conclu que le contact de la bile était fatal pour le péritoine. Or, ce qui offense le péritoine, en pareille occurrence, ce n'est pas la bile, c'est ce que la bile apporte avec elle sur la séreuse, c'est-à-dire les agents pathogènes auxquels l'effraction des cavités biliaires malades et jusque-là fermées, ouvre subitement l'entrée du péritoine » (Dupré).

Mais si pour les raisons exposées dans le travail de M. Dupré (telles que disposition anatomique d'abouchement du canal cholédoque avec le duodénum, couche musculaire de fibres lisses existant à l'entrée de ce canal et constituant à ce niveau un véritable sphincter, rétrécissement du cholédoque au niveau de son abouchement intestinal, pouvoir antimicrobien de la bile) les voies biliaires ne sont pas infectées normalement, comment le deviennent-elles à l'état pathologique ? L'inflammation des voies biliaires, nous disent les traités, est primitive ou secondaire; primitive, elle est due à une auto-intoxication produite par la résorption des substances toxiques du tube digestif devenues plus abondantes et agissant directement, après résorption, sur le foie qu'elles traversent. Quant à l'inflammation secondaire, on la rencontre le plus souvent comme corollaire d'un catarrhe gastro-duodéal, d'une obstruction des canaux biliaires par un calcul ou un corps étranger, tels qu'helminthes, hydatides.

L'infection des voies biliaires, qu'elle soit primitive ou secondaire, agit de la même manière sur le kyste hydatique, en en produisant la suppuration. Nous pensons cependant devoir insister sur l'infection des conduits biliaires et la suppuration kystique consécutives au passage d'une hydatide dans un canal biliaire; c'est un fait qui se produit si fréquemment qu'il doit être cité en tête de la liste des causes infectieuses des échinocoques hépatiques. Nous voyons, en effet, que dans la thèse de M. Ortiz-Coffigny, sur 20 cas d'ictère dans les kystes hydatiques, 17 fois l'obstruction biliaire était due à la pénétration d'une hydatide dans le système biliaire. Sur les 26 observations d'infection par les voies biliaires que nous avons recueillies l'ictère est consigné très souvent : dans 16 cas, l'autopsie en a nettement attribué la cause à des hydatides.

« Les vésicules hydatiques s'engagent dans les voies biliaires; comme elles sont, en général, d'un assez gros volume, elles provoquent en passant une dilatation considérable des canaux biliaires : comme ces vésicules sont nombreuses, leur évacuation dans l'intestin se fait par plusieurs poussées, en plusieurs voyages, qui provoquent d'ailleurs autant de coliques hépatiques; il en résulte que la dilatation des conduits biliaires tend à persister, à devenir permanente; et, en effet, aux nécropsies, on trouve des voies dilatées au point d'admettre le petit doigt. Dans ces conditions, la voie est largement ouverte aux migrations infectieuses, qui partent de l'intestin, foyer septique, pour arriver à la cavité du kyste rompu dans les voies biliaires, foyer malade et exposé. Ce foyer peut

alors être comparé à celui d'une fracture, qui, de simple et fermée, devient ouverte et compliquée. La cavité du kyste s'infecte par les voies biliaires dilatées et béantes ; et des accidents septiques graves, locaux et généraux, trahissent l'infection suppurative ou gangréneuse de la tumeur hydatique » (Dupré).

La voie lymphatique n'est pas souvent suivie par les agents pyogènes pour se rendre aux kystes hydatiques du foie et en déterminer la suppuration. Sur le nombre d'observations que nous avons recueillies, une seule nous a semblé devoir se rattacher à cette origine. La raison de cette rareté doit reposer, nous semble-t-il, sur l'anatomie de ce système vasculaire : les ganglions lymphatiques du foie, en effet, se rattachent aux ganglions coeliaques, c'est-à-dire aux ganglions sus-aortiques supérieurs ; quant aux vaisseaux lymphatiques, ils ne communiquent pas avec ceux de l'intestin qui est la grande source de l'infection pour les échinocoques hépatiques. Une seule voie est ouverte au système lymphatique pour provoquer cette infection, c'est celle de la grande séreuse péritonéale.

En dehors de cette voie lymphatique d'infection que nous pourrions dire générale, il en est d'autres plus particulières à l'échinocoque hépatique qui coopèrent pour une certaine part dans la pathogénie de la suppuration des kystes hydatiques du foie ; nous voulons parler de l'infection transmise par contiguité d'un organe à l'autre, grâce aux lymphatiques qui relient le foie aux organes voisins.

Rarement un kyste hydatique est inclus entièrement dans le parenchyme hépatique ; presque toujours, au contraire, il fait saillie hors du foie et comprime les

organes voisins, soit les poumons, l'estomac, etc. Au niveau du point comprimé, il se fait un travail inflammatoire qui retentit sur les deux organes en contact et en détermine l'infection. Nous ne parlerons ici que de l'infection transmise par la voie lympho-pulmonaire, l'estomac n'étant que l'origine de l'intestin et par conséquent ne différant pas de lui au point de vue infectieux. Quant à la rate et aux reins, nous ne croyons pas qu'ils soient un grand danger pour un kyste hydatique du foie : nous nous abstiendrons d'en parler, n'ayant trouvé aucune observation se rattachant à ce cas.

Un kyste siégeant à la face convexe du foie se développe vers la cage thoracique dans laquelle il pénètre et remonte quelquefois très haut. Il agit alors, à travers le diaphragme, sur les poumons qu'il comprime et irrite : d'où dyspnée, quintes de toux, expectoration. Plus tard, le poumon ainsi diminué de volume s'atrophie et prend l'aspect fœtal. Dans d'autres cas, le poumon résiste davantage et se laisse moins pénétrer par le kyste : il s'ensuit alors un travail ulcératif de la paroi, comprenant la membrane enveloppante du kyste, le diaphragme, la plèvre correspondante et aussi dans quelques cas le tissu pulmonaire. Le kyste se vide alors, soit dans la plèvre, soit dans une bronche, et dans ce dernier cas il se produit une vomique de liquide hydatique clair, comme dans les observations XX, XXIII et XXXIX. Le kyste ainsi ouvert à travers la poitrine, ressemble, suivant l'excellente comparaison de M. Dupré, à une fracture compliquée ; aussi ne tarde-t-il pas à s'infecter et à donner lieu à des vomiques purulentes.

Quelquefois, sous l'influence du kyste, la plèvre seule s'enflamme et détermine alors une pleurésie séreuse ou purulente : c'est même là l'ordre ordinaire des faits, et le kyste hydatique agit bien plus sur les poumons que ceux-ci n'agissent sur lui. Jusqu'à ces dernières années même, cette influence était seule notée : pourtant des faits existent et ont été consignés qui prouvent que l'inflammation peut aussi se propager de haut en bas, c'est-à-dire du poumon au kyste hydatique. M. le Dr Petit a publié, en 1876, un travail ayant pour titre « *Rapports de la pleurésie avec les kystes du foie* » dans lequel il cite trois observations dont une de kyste hydatique suppuré sous l'influence d'une pleurésie. Mais au lieu d'attribuer cette infection à la propagation directe de l'inflammation pleurale, comme nous le croyons, il pense que ces kystes ne s'enflamment que parce qu'ils sont un *locus minoris resistentiæ* qui appelle l'infection répandue quelque part dans l'organisme.

Outre la pleurésie et les maladies de la plèvre, il y a encore les affections pulmonaires qui peuvent agir sur le kyste hydatique ; parmi elles, nous pouvons citer la pneumonie, la tuberculose.

En raison des relations intimes qui existent entre la plèvre et le parenchyme pulmonaire, il nous semble très rationnel d'admettre la suppuration d'un kyste hydatique sous l'influence directe du pneumocoque ou des associations bactériennes rencontrées dans les infections secondaires à la pneumonie. Le plus souvent, le pneumocoque suit la voie sanguine pour se rendre au point faible, ou la voie lymphatique, comme le veut M. Cornil, dans les

méningites suppurées secondaires à la pneumonie; pourquoi ne pas accepter qu'il puisse infecter directement la plèvre et produire des pleurites qui s'étendent ensuite au kyste hydatique, grâce aux lymphatiques qui unissent le foie au poumon et à sa séreuse?

Nous avons recueilli deux observations où l'infection kystique a été secondaire à une pneumonie: dans l'une (Obs. XXIX) l'infection s'est transmise aux voies biliaires et de là au kyste; dans la seconde (Obs. XXXI) nous croyons légitime d'admettre la propagation directe de l'infection pulmonaire au kyste à travers le diaphragme perforé.

Pour la tuberculose, mêmes remarques peuvent être faites, et le bacille de Koch peut suivre, pour se rendre à l'échinocoque hépatique, les mêmes voies que nous venons de signaler pour le pneumocoque.

Quels sont les symptômes caractéristiques de l'infection des kystes hydatiques du foie ?

Un kyste hépatique ayant évolué normalement et ayant acquis un moyen volume peut être assez facilement diagnostiqué, surtout de nos jours où l'attention est fixée sur ce genre de tumeur. Mais d'un autre côté, à combien de méprises peut ne pas donner lieu un kyste qui ne revêt pas absolument le type classique ? Voici à ce sujet l'opinion de Racle dans son *Traité de diagnostic médical* :

« Les kystes hydatiques du foie se diagnostiquent par exclusion et seulement quand ils ont un certain développement moyen. Un kyste du volume du poing, par exemple, ne peut guère être reconnu, même lorsqu'il forme une tumeur appréciable à la main ; en effet, cette tumeur est souvent irrégulière, très dure et sans frémissement ; on peut la prendre pour une masse cancéreuse, un abcès, une tumeur étrangère au foie. Très volumineuse, elle remplit l'abdomen et forme une masse fluctuante qui en impose pour une ascite ou un kyste de l'ovaire. On ne peut donc reconnaître facilement ce genre de lésion que quand la masse est d'un volume moyen, de la grosseur de la tête d'un enfant à terme, par exemple. »

Si des difficultés telles existent pour le diagnostic des

kystes hydatiques normaux, à plus forte raison en est-il de plus grandes encore pour les kystes suppurés dont l'évolution, encore que peu connue, en impose pour tant d'autres affections, telles que pleurésie purulente, abcès hépatique, angiocholite suppurée, cirrhose hypertrophique, etc. Dans la plupart des observations que nous avons recueillies, le diagnostic n'a pu être fait que grâce à l'autopsie ou à la ponction ; aussi M. Magnant, dans sa thèse sur les kystes hydatiques du foie, a-t-il pu avec raison écrire ces lignes : « Il ne reste souvent que l'exploration avec le trocart qui puisse assurer le diagnostic. Cette ponction que l'on trouve partout signalée comme un moyen si commode permet de juger de la nature de l'affection par l'examen du liquide évacué. » On comprend aisément qu'il en soit ainsi et que peu de cas puissent être diagnostiqués avant ces deux éléments de contrôle, lorsqu'on lit l'observation si intéressante de M. Chauffard : Le kyste dans ce cas avait évolué silencieusement et avait été masqué pendant tout le début par les accidents pulmonaires que le malade avait présentés et cela au point que dans plusieurs services où cet homme était entré son kyste hydatique avait passé inaperçu.

Tantôt un kyste hydatique du foie suppuré évolue avec fracas, avec fièvre élevée, ictère intense, hémorrhagies répétées, etc. ; tantôt, au contraire, l'infection kystique procède plus sourdement et les symptômes se résument dans une douleur plus ou moins vive et quelques frissons. La raison de cette variabilité dans l'évolution de la suppuration kystique nous semble devoir résider dans les différences qui existent dans le pus des kystes hydati-

ques. Nous savons, en effet, que le pus des échinocoques peut être aseptique comme dans notre cinquième observation, moyennement septique comme dans le cas de M. Tuffier cité dans le travail de M. Chauffard, ou extrêmement virulent comme dans notre sixième observation où l'infection atteignit tout l'organisme.

Une déduction ayant trait au traitement et vérifiée par les faits découle de ces différents degrés de septicité du pus hydatique : moins virulent est le contenu du kyste hydatique suppuré et plus le malade a chance de guérir. A cette conclusion, nous devons en ajouter une autre bien plus importante, que nous dictent d'une part les résultats acquis par le traitement et d'autre part la périkytite, prélude de l'infection du kyste hydatique du foie : c'est qu'au point de vue de l'issue du traitement, il existe une différence très grande entre les cas de kyste suppuré sans avoir été au préalable atteints de périkytite suppurative et les cas dans lesquels la contamination de l'échinocoque hépatique a suivi la marche ordinaire et est restée subordonnée à une inflammation primitive de la couche adventice. Dans la première classe d'observations, en effet, la guérison atteint la proportion de 66.66 pour 100, tandis que dans le second ordre de faits elle n'est que de 20.6 pour 100. La raison de cet état de choses est basée, selon nous, sur le fait suivant : dans un cas de kyste suppuré de par la ponction, par exemple, l'infection a été transportée par effraction dans l'intérieur du kyste : pas de périkytite. Le trocart a à peine entamé la paroi enveloppante qu'elle s'est cicatrisée aussitôt : elle est donc toujours intacte et par consé-

quent efficace contre la dissémination des germes infectieux. Nous avons recueilli neuf observations d'infection kystique par la ponction, six fois le traitement a été couronné de succès ; si à ces observations, nous en ajoutons trois de kyste rompu dans les bronches et infecté ultérieurement par les microbes de la bouche ou du pharynx, cas que l'on peut considérer comme ayant été contaminés traumatiquement, nous arrivons à un total de huit guérisons sur douze faits. Dans les cas, au contraire, où le kyste hépatique a suppuré de part la périkytite, la paroi de l'échinocoque est atteinte dans sa vitalité et présente les caractères dont nous parlions au début de notre travail : elle est grenue, cassante et par conséquent apte à laisser l'infection s'étendre aux tissus environnants. En présence d'un kyste ainsi atteint, les difficultés thérapeutiques sont considérables et les échecs fréquents : sur 27 cas, sept seulement se sont terminés par la guérison.

Sur les 46 observations que contient notre travail, la ponction est intervenue 13 fois pour faire le diagnostic ; dans 24 cas, le kyste hydatique est passé inaperçu ou méconnu durant la vie et c'est la nécropsie seule qui a donné la clef de l'énigme. Dans 9 cas seulement, la clinique a établi le diagnostic ; il est vrai que sur ces neuf observations, nous devons en marquer trois à l'actif de la ponction : ce sont trois cas de kyste aseptique ouvert dans les voies respiratoires et infecté de par les microbes de la bouche et du pharynx.

Sur quels symptômes s'est donc basé la clinique pour faire le diagnostic de kyste hydatique suppuré ? Parmi

les symptômes consignés dans nos observations, il n'y en a évidemment aucun qui soit pathognomonique de l'inflammation et de la suppuration hydatiques ; aussi, est-ce à l'ensemble des symptômes et en procédant par exclusion, comme le conseille Racle, que le diagnostic a dû d'être porté. De ces phénomènes, en effet, les uns se rapportent à l'évolution naturelle de l'échinocoque et se rencontrent dans tous les kystes hydatiques du foie en général, telles sont les douleurs avec irradiations à l'épaule et au bras droits, les coliques hépatiques avec ictère ; les autres, qui pourraient être attribués plus particulièrement à l'état de suppuration du kyste, sont communs à tous les foyers infectés de l'organisme : ce sont la fièvre avec frissons, les hémorrhagies et les signes de cachexie.

Nous n'avons rien à ajouter de nouveau sur ces différents symptômes ; aussi n'insisterons-nous que sur la fièvre et l'ictère. Nous croyons cependant devoir appeler l'attention des observateurs sur la périkytite suppurative et sur les symptômes qui peuvent la traduire à nos sens. Dans presque toutes nos observations, en effet, un symptôme nous a frappé et cela d'autant plus qu'il répond à la conception de l'évolution kystique telle qu'elle ressort du travail de MM. Chauffard et Vidal : c'est une douleur sourde au niveau de la région hépatique, augmentant à la pression et persistant souvent aux autres symptômes et à la fièvre qui marque l'infection effectuée dans la poche. Cette douleur ne pourrait-elle être le symptôme de cette périkytite suppurative nécessaire à l'infection ultérieure du kyste ?

La fièvre produite par l'infection d'un kyste hydatique

et telle que nous l'avons trouvée consignée dans les observations, ne nous a pas paru avoir de caractères différents de toute fièvre de suppuration. Nous avons recherché avec soin, dans les cas d'infection par les voies biliaires, le caractère d'intermittence signalé par Charcot dans l'inflammation des conduits biliaires ; mais ce système n'a pas frappé l'esprit des observateurs, car nous ne l'avons trouvé consigné nulle part ; il est vrai que pour Charcot lui-même « l'angiocholite suppurative peut exister sans qu'il y ait fièvre intermittente, et que d'un autre côté, celle-ci est susceptible de se produire alors qu'il n'y a pas à proprement parler suppuration des voies biliaires ».

L'ictère est un symptôme signalé fréquemment au cours des observations de kyste hydatique du foie. Il peut être produit, soit par compression des canaux biliaires par la tumeur kystique, soit par obstruction de ces mêmes canaux par un produit de l'échinocoque, membrane ou vésicules. « L'ictère n'est pas symptomatique du kyste hydatique ; il le devient souvent lorsqu'il survient brusquement, et qu'en présence d'autres symptômes d'infection du kyste on peut penser à la pénétration des vésicules hydatiques dans les canaux biliaires importants » (Murchison). L'importance, qu'a à nos yeux l'ictère dans le kyste hydatique du foie, ne réside pas dans le fait lui-même de la suppression de la bile, mais bien dans les conséquences qu'il a au point de vue infectieux ; il est, en effet, comme nous l'avons vu plus haut, le prélude de l'infection : chez un malade porteur d'un kyste hydatique et chez lequel survient de l'ictère, on

doit craindre les plus graves accidents. Par la compression qu'il exerce sur les voies biliaires ou par l'obstruction qu'il détermine à ce niveau, le kyste hydatique est une cause d'appel aux microbes et par suite à l'infection.

Quant aux symptômes de cette angiocholite d'origine hydatique, ils sont les mêmes que ceux de l'angiocholite calculeuse, et une tumeur kystique en s'ouvrant dans les canaux biliaires peut provoquer tous les phénomènes de la cholélithiasé. De même pour l'ictère hydatique qui a la même marche que l'ictère lithiasique: il est passager, si l'obstacle à l'écoulement de la bile disparaît; il peut persister plus longtemps et déterminer même des accidents graves, si la membrane ou la vésicule hydatiques restent indéfiniment dans le canal cholédoque ou hépatique.

Tels sont en résumé les symptômes habituels de la suppuration des kystes hydatiques du foie; malheureusement pour les malades qui en sont atteints, ces symptômes manquent souvent ou passent méconnus.

Tantôt le kyste hydatique est masqué par des affections intercurrentes; tantôt l'évolution kystique en impose pour d'autres maladies. Nombreux sont les cas où un kyste suppuré du foie a été pris pour une pleurésie purulente et n'a pu être diagnostiqué qu'en présence d'une vomique contenant des éléments hydatiques. Dans une de nos observations, tous les symptômes étaient en faveur d'une cirrhose hypertrophique, et à l'autopsie on trouva un kyste hydatique suppuré.

Comme nous venons de le voir, le kyste hydatique ne devient dangereux pour son malade que lorsqu'il est infecté; il est donc intéressant de se demander quels microbes l'on peut rencontrer dans le pus d'un kyste contaminé. Nous serons forcément bref, nos observations ne nous offrant que peu de choses à dire sur ce sujet.

Tous les microbes peuvent, croyons-nous, se trouver dans le kyste hydatique suppuré. Celui-ci étant susceptible de s'enflammer à la suite et sans doute sous l'influence de toutes les infections répandues dans l'organisme, il nous paraît invraisemblable que tous les micro-organismes ne puissent se développer dans le kyste hydatique. MM. Chauffard et Widal ont cultivé avec succès dans le liquide kystique la plupart des microbes rencontrés dans l'organisme; le staphylocoque doré, le streptocoque, le bactérium coli commune et le bacille typhique. Pourquoi n'en serait-il pas de même cliniquement? Une de nos observations où l'examen bactériologique a décelé la présence du streptocoque (obs. XLVI) nous fournit une preuve en faveur de cette assertion: Pourquoi ne pas espérer que des recherches ultérieures viendront confirmer cette hypothèse?

M. Dupré, dans sa thèse, a étudié les différents micro-organismes pathogènes des voies biliaires et après les avoir énumérés: « Si restreint, écrit-il, que soit le nombre des cas où nous ayons pu mener à bien la détermination des bactéries, on peut déjà se convaincre par cette courte liste, que les recherches de l'avenir allongeront sans doute, qu'il n'y a pas une infection biliaire, mais des infections biliaires; et que cette infection, loin de reconnai-

tre un microbe spécial, est au contraire due à des micro-organismes multiples et variés. » L'infection des kystes hydatiques du foie étant le plus souvent une des nombreuses complications de l'infection biliaire, ne pouvons-nous par conséquent lui attribuer avec raison ces lignes et conclure au polymorphisme de l'infection dans les échinocoques hépatiques ?

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{lle} A .., 35 ans, domestique, ressent depuis quelque temps une douleur au côté gauche. Examinée le 2 janvier 1890, elle présente une voussure s'étendant à la partie gauche de l'épigastre, de l'hypocondre gauche et de la base thoracique du même côté. Au niveau de cette voussure les vibrations thoraciques ont disparu. Rien aux poumons; au cœur bruit systolique très rude, symptôme d'un rétrécissement aortique.

Le foie est normal dans son lobe droit; le lobe gauche est hypertrophié et forme la voussure précitée; la rate est abaissée et indépendante de la tumeur. Pas de fièvre, ni de frissons. Etat général bon. Douleurs à l'épaule et au côté gauche qui se sont accrues vers la fin de décembre 1889.

Le 5 janvier 1890, une ponction dans le neuvième espace intercostal donne 500 grammes de liquide caractéristique d'un kyste hydatique. Pas de fièvre le soir, ni le lendemain. La matité remonte un peu moins haut, mais des flottements pleurétiques et du souffle se sont développés en arrière, à la base du poumon gauche.

Même état jusqu'au 16 janvier, où M. Monod fait une nouvelle ponction un peu en dehors de la première et en retire un liquide louche, laiteux, avec débris d'hydatides. Il injecte ensuite dans la poche 200 grammes de liqueur de Van Swieten. Les choses vont en s'améliorant jusqu'au 4 mars suivant, jour où M. Monod injecte encore 12 grammes de liqueur.

La pleurésie a disparu, ainsi que la tumeur, et la malade est guérie.

CONCLUSION.

L'infection dans cette observation a été produite par une ponction septique. A noter le peu de réaction inflammatoire qui a suivi cette contamination et la prompte guérison consécutive au traitement ; l'infection, en effet, n'a pu se répandre au dehors par suite de la barrière à elle opposée par la membrane hydatique.

OBSERVATION II

L. S..., 35 ans, tourneur, a joui d'une bonne santé jusqu'en novembre 1889. A cette époque, il ressentit une douleur peu intense mais continue dans l'hypocondre droit.

A la fin de décembre, il est atteint d'influenza avec accès de fièvre (41°), étouffements, vomissements glaireux et pesanteur douloureuse à la région hépatique. Cette douleur persiste à la disparition des autres symptômes et oblige le malade à entrer dans le service de M. Letulle. Le malade ne cesse de tousser et de cracher : on constate en arrière, à gauche, du souffle et de l'égo-phonie.

Le 3 février, disparition de ces symptômes en arrière ; dans l'aisselle, souffle et gargouillement ; la matité arrive à quatre centimètres de la pointe de l'omoplate. Respiration rude au sommet ; pas de râles. Le foie déborde de trois travers de doigt. Les selles sont décolorées.

Le 5 février, le malade a une vomique de liquide jaunâtre très fétide et manifestement bilieux. Les vomiques se reproduisent tous les jours jusqu'au 9 mars. Le malade se trouve très affaibli et va en s'épuisant de plus en plus. M. Monod lui fait une ponction exploratrice le 14 mars et retire du pus ; il fait alors une incision de 4 à 5 centimètres qui ouvre une cavité d'où s'écoulent

du pus, de la bile et des membranes hydatiques. On met ensuite des drains et on essaie de faire un lavage dans la cavité avec de l'eau boriquée, mais on doit y renoncer, le liquide passant dans les bronches.

La fistule bronchique finit cependant par se fermer et le malade sortit guéri de l'hôpital.

CONCLUSION.

L'infection s'est transmise au kyste par la voie biliaire. On peut se demander, au sujet de cette observation, si l'on ne doit pas considérer la grippe comme le point de départ de cet événement pathologique. Ne peut-on admettre, en effet, qu'en vertu de la loi de pathologie générale sur le lieu de moindre résistance, les micro-organismes spécifiques de la grippe et les diverses associations bactériennes ont atteint les voies biliaires déjà lésées dans leur vitalité par la compression du kyste hydatique et se sont ensuite transmises à ce dit kyste ?

OBSERVATION III

R... C..., 35 ans, cordonnier, entre dans le service de M. Sevestre, à Tenon, le 10 novembre 1881.

Pas d'antécédents pathologiques personnels. Il y a trois mois, il a été pris subitement de vomissements bilieux, en même temps qu'il ressentait de violentes douleurs à l'épigastre. Il s'est aperçu alors que son ventre était devenu moins souple et avait augmenté de volume.

A l'examen, on trouve le foie tuméfié et s'étendant de la ligne mamelonnaire en haut, à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Douleurs vives au niveau de la tumeur,

s'exaspérant à la pression. Pas d'ascite, pas d'ictère ; ni albumine, ni sucre dans les urines.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie porté, on fait une ponction le 15 novembre et on retire 500 grammes de liquide chocolat présentant au microscope de nombreux globules sanguins. Les douleurs et les vomissements cessent à la suite de cette ponction, mais ils reparaissent 10 jours après. Pas de fièvre. Le 1^{er} décembre, nouvelle ponction qui donne 1900 grammes de liquide noirâtre, jaune verdâtre, sous une faible épaisseur. L'examen chimique y décèle la présence du pigment biliaire.

Après la première ponction, la saillie globuleuse de l'épigastre avait disparu, mais au-dessous de ce point on trouvait encore une masse dure descendant jusqu'à l'ombilic et qui dépendait de la première tumeur. Il y avait donc tout lieu de penser que le kyste ponctionné n'était pas le seul (car il avait été entièrement vidé) et qu'il en existait encore un autre ; c'est ce que prouva la seconde ponction.

Après cette opération, le malade cesse de souffrir, il ne vomit plus et peut même commencer à s'alimenter.

L'amélioration va s'accroissant de jour en jour et le malade sort de l'hôpital dans un état très satisfaisant.

CONCLUSION.

Infection par voies sanguine et biliaire.

Il n'y a pas eu à proprement parler dans ce cas d'infection, mais plutôt un épanchement de sang et de bile dans les deux kystes. En effet, le malade n'a jamais présenté d'accidents graves, symptômes d'une infection ; de plus la rapidité avec laquelle l'état du malade s'est amendé nous est encore une preuve en faveur de notre assertion. Nous pouvons cependant prévoir que ce malade, de par l'état de son foie, était exposé à de bien plus grands dangers si

une affection quelconque était venue l'atteindre et réveiller le microbisme latent de son organisme.

OBSERVATION IV

Un homme entré dans le service de M. Moutard-Martin, porteur de deux kystes hydatiques du foie : l'un situé dans la partie supérieure du lobe droit, l'autre dans le lobe gauche présentant une forme cylindrique qui pouvait le faire confondre avec la rate hypertrophiée.

On ponctionne le premier et on en extrait 300 grammes de liquide transparent, non albumineux, mais laissant déposer une grande quantité d'échinocoques. A la suite de cette ponction, ictère et fièvre modérée, signes de l'inflammation et de la suppuration du kyste. Quinze jours après seconde ponction qui donne issue à un litre de pus. Le foie ayant encore augmenté, on dût faire quelques jours après une troisième ponction qui donna 200 grammes de pus et fut suivie de la guérison après 3 mois de traitement.

Le kyste du lobe gauche guérit aussi à la suite d'une seule ponction de 1.500 gramme de liquide limpide comme eau de roche.

CONCLUSION.

Infection du kyste par voie traumatique.

L'inflammation, limitée par la membrane hydatique est peu intense et la guérison en est d'autant plus rapide.

OBSERVATION V

L... 44 ans, garçon de café, entre le 4 avril 1891, dans le service de M. Chauffard.

Antécédents pathologiques. — Pleurésie sèche à gauche en 1884, amaigrissement consécutif ; deux hémoptysies ; éthylisme.

Le 20 mai 1890, il entre dans le service de M. Brouardel pour

des troubles gastriques: diarrhée et amaigrissement. On porte le diagnostic de bacillose à droite au deuxième degré. Le foie est sensible à la pression et déborde les côtes d'un travers de doigt. Le 18 juin, il se produit une ascite légère et une circulation collatérale qui augmentent pendant dix jours. Epistaxis, douleurs lancinantes dans le foie. Le 28 juin. — L'ascite est considérable et nécessite une ponction qui donne 6 litres d'un liquide verdâtre. Le foie paraît très hypertrophié; sa matité est normale en haut; en bas, on sent à l'épigastre une masse irrégulière et bosselée descendant jusqu'à l'ombilic et qui, à gauche, se perd dans l'hypocondre et à droite déborde de trois travers de doigt les fausses côtes. L'ascite disparaît après trois ponctions faites à un mois d'intervalle; seules les douleurs hépatiques persistent.

A son entrée à Broussais, on constate de l'anorexie avec langue saburrale, dégoût pour les aliments gras, vomissements et douleurs à l'épaule droite. Plus de réseau veineux collatéral, sauf sous le sternum et un peu dans les flancs. On constate une légère saillie de l'hypocondre droit, pas d'évasement des côtes. A la palpation, on sent une masse se continuant avec le foie et descendant à droite jusqu'à l'épine iliaque antéro-inférieure, sur la ligne médiane à l'ombilic, et à gauche se perdant progressivement sous les côtes. Pas de frémissement hydatique; de plus cette tumeur n'a ni la rénitence ni la forme globuleuse d'un kyste.

Le 9 avril, on fait une ponction capillaire à mi-chemin de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure et on extrait quelques gouttes d'un liquide purulent. Le 11 avril, seconde ponction un peu plus bas que la première au maximum de la douleur: en enfonçant l'aiguille, on sent que le trocart traverse un parenchyme de quelques centimètres et plonge ensuite dans une cavité. On retire cinq centimètres cubes d'un liquide purulent, épais et teinté par la bile.

L'examen histologique y fit constater la présence de nombreux leucocytes granulo-grasieux, de petites granulations graisseuses

libres, de cristaux de tyrosine, de masses pigmentaires jaune d'or et enfin d'un crochet caractéristique. L'examen sur lamelles n'y a montré aucun microbe et les divers milieux nutritifs ensemencés avec ce pus sont restés stériles.

Le malade est alors envoyé en chirurgie où l'on pratique l'ouverture du kyste. A la suite de l'opération, persistance d'une fistule et écoulement continu d'un liquide purulent teinté de bile. Au bout d'un certain temps rejet par la plaie d'une vaste membrane hydatique.

Malgré les lavages quotidiens et les pansements, la suppuration ne tarit pas et aucune amélioration ne se produit. Pendant ce temps, les lésions tuberculeuses des poumons font des progrès rapides et le malade meurt à la fin d'août.

Autopsie. — Le foie présente à peu près son volume normal et adhère en haut au diaphragme qui est lui-même intimement uni au poumon. Le milieu de la face convexe incisée laisse voir une cavité du volume d'une orange, dont la paroi supérieure n'a que 7 millimètres d'épaisseur. Cette poche est remplie d'un pus inodore et tapissée d'une membrane pyogène tomenteuse. Au dessous de cette cavité et communiquant avec elle se trouve un autre kyste ayant un volume moitié moindre et contenant un pus identique. C'est cette deuxième poche qui a été ouverte par le chirurgien et est restée fistuleuse. Par suite de l'étendue et des anfractuosités des kystes, on n'a pu trouver le point par où la bile pénétrait dans leur intérieur. Le reste du foie est à peu près normal, seuls les canaux biliaires présentent un épaissement assez notable de leurs parois.

Les poumons sont farcis de granulations tuberculeuses et présentent chacun une vaste caverne au sommet.

CONCLUSION.

L'infection a suivi la voie biliaire pour gagner le kyste. En présence des accidents qui ont marqué l'évolution

de ce kyste, il n'est pas douteux qu'il ait été infecté et que des microbes n'aient envahi sa poche. On peut se demander, en voyant les résultats donnés par les différents examens, sous quelles influences les microbes ont disparu. « Cette absence relève-t-elle de la longue durée du processus ou dépend-elle des qualités humorales de l'organe et en particulier du mélange de la bile qui existait dans ce cas ? »

Il est probable que cette absence de germes pathogènes dans le pus des abcès hydatiques du foie n'est pas absolument exceptionnelle; souvent les chirurgiens se sont étonnés des propriétés peu virulentes de ce pus, et M. Tuffier nous a rapporté un cas où, au moment de l'incision d'un kyste suppuré du foie pris pour une pleurésie purulente, il y eut pénétration directe dans la cavité pleurale d'une notable quantité de pus hydatique. Malgré l'absence de tout lavage antiseptique de la plèvre, il n'y eut aucune réaction de la séreuse » (Chauffard).

OBSERVATION VI

D..., 60 ans; entre le 8 mai 1880, dans le service de M. Rendu à l'hôpital Tenon. Pas d'antécédents pathologiques. Il y a une quinzaine de jours, il a été pris de frissons, puis de diarrhée et d'ictère.

A son entrée, le malade présente une teinte ictérique très foncée; les selles sont décolorées. Il ressent des démangeaisons très vives. Le foie est augmenté de volume, dur et douloureux.

Le 20 mai. — Fièvre très vive, vomissements, épistaxis et délire. Mort dans le coma.

Autopsie. — Foie volumineux et déformé, lobe gauche hypertrophié: une tumeur volumineuse comprime le hile et est rem-

plie de vésicules hydatiques, teintés de bile ; la paroi de cette poche est tapissée par un exsudat épais mêlé de sang et de bile. Le tissu hépatique est vert olivâtre à la coupe ; les canaux biliaires sont très distendus et remplis de pus. Cette angiocholite suppurée est surtout marquée au niveau de la poche ; quant à la distension des canaux biliaires, elle existe dans tout le foie. Pas de périhépatite. La vésicule biliaire est flasque et contient du mucus. Les méninges sont épaissies et purulentes, surtout en arrière et à droite.

CONCLUSION.

Infection du kyste hydatique par la voie biliaire.

Dans cette observation, on est frappé de l'intensité et de la gravité des symptômes qui se sont présentés chez ce malade. Les résultats de l'autopsie nous donnent en quelque sorte la clef de cet état de choses et nous montrent que l'infection du kyste a été dans ce cas un intermédiaire entre l'infection préalable des voies biliaires et celle de l'organisme.

M. Dupré s'exprime ainsi à ce sujet : « L'affection hydatique du foie est une cause d'appel de l'infection biliaire. En outre, l'infection biliaire est une complication redoutable de cette affection hydatique très-probablement même l'agent le plus fréquent de la suppuration du kyste. Enfin, dans la cavité suppurée du kyste, l'infection biliaire trouve soudainement un tel foyer de multiplication de ses éléments, et d'extension de ses effets, que l'on doit considérer l'affection hydatique du foie, comme un des plus grands facteurs de gravité de l'infection biliaire ».

OBSERVATION VII

J., 25 ans, entré le 21 octobre 1879 à l'hôpital de Sétif dans le service du Dr Sorel.

C'est un homme souffreteux et chétif.

Le thorax présente une voussure à droite, en arrière et en bas : matité à cet endroit ; abolition des vibrations thoraciques ; murmure respiratoire très affaibli et râles humides disséminés. Le foie est douloureux à l'épigastre au niveau du lobe gauche, pas de déformation. La douleur hépatique s'irradie le long du dos et à l'épaule droite et s'exaspère par les quintes de toux, qui sont bientôt suivies de crachats abondants, visqueux, jaunes, verdâtres, à saveur amère (400 à 600 grammes par jour) fièvre à exacerbations vespérales. — Pas d'ictère.

Mort le 16 mars suivant de cachexie et de lésions pulmonaires.

Autopsie. — Le poumon gauche contient des tubercules disséminés ; le poumon droit présente une poche contenant 200 grammes de liquide biliaire et des vésicules hydatiques. Cette poche communique avec les bronches et le lobe droit hépatique où se trouve un kyste rempli de bile et d'hydatides (les fibres musculaires du diaphragme ont disparu en cet endroit). Le foie présente encore une autre poche kystique remplie d'hydatides et d'un liquide limpide comme eau de roche.

CONCLUSION

Infection du kyste par la voie biliaire et vomiques abondantes de liquide hydatique purulent et de bile à travers les bronches.

OBSERVATION VIII

La nommée C. S..., 22 ans, nourrice, entre le 11 avril 1882, dans le service de M. Millard à Deaujon.

Pas d'antécédents pathologiques, autres que deux accès de colique hépatique le 7 mars et le 7 avril 1882, accès suivis tous deux d'ictère intense : c'est donc pour la seconde fois qu'elle est prise d'ictère (coloration jaune des téguments et des conjonctives, démangeaisons, selles décolorées, lait jaune). Elle ressent une violente douleur à l'hypocondre droit, en même temps qu'elle est prise de frissons et a une fièvre de 39°,2.

Le 15 avril, frottement pleurétique au niveau de la base du poumon droit. Fièvre, frissons et sueurs tous les jours. Le foie est augmenté de volume et s'étend depuis la ligne mamelonnaire jusqu'à l'ombilic, œdème des membres inférieurs et météorisme abdominal. Les symptômes de pleurésie augmentant de jour en jour ; elle meurt le 22 avril dans le collapsus.

Autopsie. — Pleurésie droite avec épanchement de sérosité colorée en jaune ; les bronches sont remplies de mucosités jaunes. A la base du poumon droit, vers le bord postérieur, on trouve une cavité anfractueuse, grosse comme une noix. Dans cette cavité vient s'ouvrir un canal formé, partie par de fausses membranes, partie par le diaphragme. Le foie, très volumineux, présente sur son bord postérieur une cavité dont la face interne est très irrégulière et tapissée de membranes : cette cavité est limitée en haut par le diaphragme qui présente à ce niveau un orifice large comme une pièce de cinquante centimes (orifice inférieur du canal précité). Dans l'extrémité gauche du foie, autre cavité de même grandeur qui communique largement avec le canal hépatique. Les canaux biliaires sont dilatés et remplis de pus ; ils présentent en outre, sur leur trajet, des dilatations ampullaires. Le canal hépatique et cholédoque sont très dilatés, de même que l'ampoule de Vater. On trouve dans les canaux biliaires tous les degrés de l'angiocholite suppurée dans le lobe droit ; le lobe gauche est le siège d'une sclérose diffuse due à la compression des gros canaux par le kyste.

CONCLUSION.

Le kyste a été contaminé par la voie biliaire.

On peut dans ce cas suivre pas à pas la filiation des accidents telle qu'elle ressort de notre travail : Ictère produit par le passage des hydatides dans les canaux biliaires; infection consécutive de ces mêmes voies, angiocholite suppurée avec dilatations ampullaires; infection de la poche hydatique; symptômes infectieux graves; propagation de l'infection kystique au reste de l'organisme.

OBSERVATION IX

La nommée L..., 64 ans, entre dans le service de M. Verneuil le 15 janvier 1884, pour un épithélioma de la vulve, tumeur végétante et ulcérée, obturant presque l'entrée du vagin, avec adénopathie inguinale double. Mort le 15 avril dans la cachexie.

Quelques jours avant, en l'examinant, on avait trouvé une autre tumeur intermédiaire à l'épigastre et à l'hypocondre gauche grosse comme une tête fœtale et que la percussion reliait au foie. Le diagnostic porté de kyste hydatique du foie fut vérifié à l'autopsie.

Autopsie. — Tumeur à parois assez épaisses contenant une grande quantité de vésicules hydatiques et de liquide purulent; libre dans l'abdomen, elle est rattachée au bord antérieur du foie au niveau du sillon qui donne passage à la veine ombilicale: un pédicule assez court et large de trois doigts la laisse flotter librement.

On trouve, en outre, chez cette femme, plusieurs tumeurs de nature différente: 4 à 5 fibromes interstitiels de l'utérus et deux polypes de la muqueuse utérine.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie lymphatique.

Malgré le peu de rapports anatomiques qui existent entre le foie et le système lymphatique de l'intestin, nous croyons devoir rattacher cette infection à la propagation des microbes pyogènes de l'épithélioma ulcéré au kyste à travers la grande séreuse péritonéale.

OBSERVATION X

C..., 61 ans, entre le 28 novembre 1881, dans le service de M. Rigal. Il a toujours joui d'une bonne santé jusques il y a trois ans; il s'aperçut alors d'une tumeur grosse comme le poing, située dans l'hypocondre droit, qui augmenta progressivement.

On fait une ponction qui donne 100 grammes de liquide clair et limpide : A la suite, symptômes de péritonite qui durent quelques jours. Une deuxième ponction, le 8 décembre, donne 1.500 grammes de liquide clair où le microscope montre des échinocoques et des crochets : soulagement consécutif. Le 28 décembre une troisième ponction donne du pus. Traitement par la méthode de Récamier. Mort par septicémie.

CONCLUSION.

Infection du kyste par une ponction septique.

OBSERVATION XI

B... J..., 18 ans, couturière, entre le 2 avril 1883, dans le service de M. Gérin-Roze. Pas d'antécédents pathologiques. Ses règles ont disparu, il y a dix mois; depuis cette époque troubles gastriques, dyspepsie, nausées, vomissements alimentaires ou

aqueux. Dans les flancs droit et gauche et la région épigastrique, tumeur trilobée à surface lisse, consistance molle, fluctuante sans frémissement hydatique.

Du 5 au 24 avril, les ponctions des trois kystes donnent un liquide limpide. Les symptômes réactionnels furent d'abord insignifiants, mais, le 5 mai, la malade fut prise de malaise avec frissons et fièvre. Une nouvelle ponction donne un liquide séro-purulent et purulent quelques jours après. Traitement par la méthode Récamier. Le 11 août. — La situation se complique d'hémorrhagies répétées dans l'intérieur du kyste en même temps qu'il se fait un écoulement de bile par la plaie. Mort.

Autopsie. — Les poches kystiques sont suppurées et remplies de débris d'hydatides. La paroi de ces kystes est fibreuse, mais rouge par plaques et en comprimant ces plaques entre les doigts, on en fait sourdre du sang. Des canaux biliaires aboutissent au kyste.

CONCLUSION.

Infection du kyste par voie traumatique.

L'ouverture des vaisseaux sanguins et biliaires est postérieure à la contamination de la poche par la ponction et est probablement due à un travail ulcératif de la part du kyste lui-même ou de l'infection.

OBSERVATION XII

G. M..., 28 ans, cuisinière, entre le 9 janvier 1876 dans le service de M. Moutard-Martin.

Vers la fin du mois de novembre 1875, elle a fait un avortement de 4 mois, suivi de rétention de placenta, d'où nécessité de l'intervention d'un médecin. Huit jours après, elle a été prise d'accès de fièvre très violents qui ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine ; mais en même temps elle a ressenti des dou-

leurs très vives dans tout le membre inférieur droit et bientôt dans le gauche.

A son entrée, on constate une double phlegmatia alba dolens, avec fièvre élevée et pouls à 110. Son état reste stationnaire jusqu'au 29 janvier, jour, où brusquement et sans cause appréciable, elle est prise d'une syncope dont elle meurt le 3 février.

Autopsie. — Les veines des membres inférieurs sont remplies de caillots qui se continuent jusqu'au diaphragme. Au niveau du lobe supérieur du poumon gauche, un infarctus résultat de l'embolie qui s'était produite trois jours avant sa mort. On trouve le tissu du muscle vaste externe absolument détruit et transformé en bouillie grisâtre : les veines qui aboutissent à ce niveau sont remplies de pus. L'articulation du genou est enflammée et renferme un liquide séreux. Rien au poumon droit, ni aux reins. Le foie présente à considérer son état de dégénérescence graisseuse et deux kystes hydatiques remplis d'un pus jaune verdâtre et de membranes hydatiques imbibées de liquide biliaire.

CONCLUSION.

L'infection dans ce cas a suivi la voie sanguine.

Malgré la présence de la bile dans le kyste hydatique, nous pensons que la contamination du kyste doit avoir été produite par les microbes de la septicémie puerpérale répandus dans le sang. Nous n'osons cependant pas affirmer que les voies biliaires n'ont pas été infectées avant la poche hydatique ; mais ce que nous croyons pouvoir dire, c'est que l'infection kystique n'a pas été produite par une angiocholite ascendante d'origine intestinale mais bien par une infection biliaire secondaire à l'infection sanguine.

OBSERVATION XIII

L..., 27 ans, entre le 23 février 1877 dans le service de M. Lépine.

Antécédents pathologiques. — Il a eu la syphilis à 25 ans. Depuis quelque temps, il se plaint de douleurs épigastriques, d'anorexie et d'amaigrissement. Il y a six semaines, il a eu la jaunisse; puis son état s'est amélioré. Depuis 20 jours, il souffre de douleurs lombaires et surtout hépatiques; frissons et fièvre tous les soirs.

A l'examen, on trouve un foie hypertrophié et douloureux et une teinte ictérique de tous les téguments. A la base du poumon droit, la respiration est soufflante. Rien au cœur.

Pendant les jours qui suivent son entrée à l'hôpital, les symptômes ne font que s'accroître: douleurs hépatiques, hypertrophie du foie, ictère et fièvre. Le 10 mars, on pratique deux ponctions qui donnent 300 grammes d'un liquide verdâtre dans lequel le microscope décèle la présence de globules de pus.

Mort le 13 mars de péritonite.

Autopsie. — Le péritoine contient 3 litres d'un liquide louche et albumineux, et présente des néo-membranes. Le foie est énorme et refoule en haut le cœur et les poumons. A sa face convexe se trouve un vaste kyste qui contient 2 litres de liquide purulent mélangé d'hydatides. Les canaux biliaires sont très distendus; le tissu hépatique est jaune. Au microscope, on voit les canaux biliaires entourés de leucocytes; on trouve même de petits foyers purulents autour des gros canaux biliaires.

CONCLUSION.

Infection du kyste par les voies biliaires. Cette observation est en tous points identique à l'observation VIII.

OBSERVATION XIV

La nommée M. M..., 78 ans, est entrée le 15 décembre 1878 à l'infirmerie des Ménages pour y être soignée d'une bronchite chronique.

Il y a deux ans, accès de colique hépatique, sans ictère consécutif. Bon état jusqu'au 27 janvier 1879 : ce jour-là, émotion violente; le soir, frisson assez intense. Le lendemain, ictère manifeste : le foie est sensible, mais non hypertrophié; pouls ralenti. Sous l'influence d'une purgation, elle a une évacuation très abondante, où on ne trouve ni calculs, ni bile. Le 30 janvier la diarrhée dure toujours sans changer de caractère; la malade est très affaissée : le pouls bat 40 fois par minute et les bruits du cœur sont très sourds. Mort le lendemain.

Autopsie. — Tous les tissus ont une teinte jaune très prononcée. Les poumons sont congestionnés; le cœur est mou, flasque et gras. Les canaux biliaires sont remplis de bile et très dilatés; le canal cholédoque a une longueur de 10 centimètres et 3 centimètres de diamètre : il présente à son orifice dans le duodénum un bouchon de matière gélatineuse verdâtre; en haut il s'abouche dans une poche occupant toute la région du hile et contenant des membranes hydatiques et un mélange de mucus, de bile et de pus.

CONCLUSION.

Infection du kyste par les voies biliaires.

OBSERVATION XV

M..., Julia, 28 ans, entre dans le service de M. Letulle, à l'hôpital Tenon, le 28 avril 1888.

De 19 à 28 ans, douleurs hépatiques vives, avec irradiations vers l'épaule droite; pas d'ictère, dégoût des aliments gras. On

porte le diagnostic de colique hépatique et on envoie la malade à Vichy où son état s'améliore un peu.

En février 1888, cette femme est atteinte d'une périostite alvéolo-dentaire à la suite de l'évolution d'une dent de sagesse ; consécutivement abcès et suppuration abondante. En mars, elle a une amygdalite grave qui se termine par phlegmon et menaces de gangrène. Le 19 avril, subitement elle est prise de frissons, fièvre, douleur épigastrique et hépatique, qui vont en augmentant jusqu'au jour de son entrée.

La région hépatique offre une voussure manifeste, marquée surtout au niveau des fausses côtes ; la matité du foie remonte au-dessous des fausses côtes et se confond avec la matité attribuée à une pleurésie ; en bas elle s'étend jusqu'à l'ombilic. Douleur à ce niveau ; anorexie, céphalée, frissons, constipation, urines rares. L'ictère apparaît du 1^{er} au 6 mai. Les symptômes vont s'aggravant avec l'ictère, de même que la tuméfaction du foie à maximum sur la ligne mamelonnaire. La fluctuation devient bientôt évidente à ce niveau et la voussure semble s'étendre dans la direction des voies biliaires. Bientôt il se développe de l'œdème dans cette région et la fluctuation semble certaine. M. Letulle pratique une ponction qui donne un liquide louche, visqueux et fétide (on ne trouve rien qui mette sur la voie du diagnostic : pas de crochets, ni d'éléments spéciaux).

Le malade est envoyé le 13 mai à M. Périer à Lariboisière avec diagnostic : angiocholite suppurée.

Le 17 mai, la température est de 39°,8 ; il se produit une vomique d'un liquide gris jaunâtre qui contient des crochets. Le 19 mai, nouvelle vomique de pus avec membranes. M. Périer fait la laparotomie pour ouvrir le kyste : grandes difficultés dans l'opération. Mort le lendemain.

Autopsie. — Pas de péritonite. Le foie est très déformé : le lobe droit est remplacé par deux poches kystiques ; le lobe gauche est hypertrophié. La poche supérieure a le volume d'une tête fœtale, elle est adhérente au diaphragme en haut, et au tissu

hépatique en bas; elle est libre dans la reste de sa surface. La seconde poche plus petite présente un rétrécissement annulaire qui la divise en deux cavités remplies de pus et de membranes. Le premier kyste communique avec le lobe inférieur du poumon droit (origine de la vomique). Pas de communication entre les voies biliaires et les poches kystiques, particulièrement avec la poche inférieure dont le pus reste cependant un peu coloré par la bile. La paroi inférieure du gros kyste vue en coupe présente en dehors de la membrane enveloppante proprement dite infiltrée de pus, une couche de tissu conjonctif fasciculé renfermant de nombreux vaisseaux et se continuant avec les espaces interlobulaires considérablement augmentés d'épaisseur. Les lobules sont dissociés par le tissu conjonctif et ne paraissent pas aplatis.

CONCLUSION.

Infection des kystes par la voie sanguine.

L'absence de bile dans la cavité hydatique nous est une preuve que l'infection n'a pas été transmise au dit kyste par une angiocholite ascendante de provenance intestinale; nous devons au contraire admettre que l'infection de la poche hydatique est probablement due aux microbes renfermés dans le sang de par les différentes supurations qui avaient atteint la malade quelques temps auparavant.

M. Letulle, en présentant dans ce sens cette observation à la Société anatomique, nous fournit le puissant appoint de son autorité: « Nous croyons dit-il, pouvoir démontrer que cette complication (infection kystique) si rapidement mortelle était secondaire à des cultures pyogéniques faites depuis près de trois mois par la malade: elle avait été successivement atteinte d'une périostite

phlegmoneuse alvéolo-dentaire, puis au bout de deux mois d'un phlegmon putride sous-amygdalien développé également du côté droit. Les causes de la suppuration des hydatides du foie sont trop peu connues pour ne pas tenir compte de tous les antécédents pyo-septicémiques présentés par les malades. »

OBSERVATION XVI

Jeune fille, 22 ans, charcutière, entre le 2 avril 1884 dans le service de M. Hérard.

Au mois d'août dernier, elle a ressenti des douleurs hépatiques avec sensations de pesanteur, et irradiations dans la région dorsale et l'épaule droite; quelques troubles digestifs. Il y a un mois, elle a été prise d'ictère en même temps que son état antérieur s'aggravait.

Le foie est hypertrophié et son bord inférieur dépasse les fausses côtes. En présence de ces symptômes, on institue le traitement de la colique hépatique. Le 18 avril, la malade est prise subitement d'un point de côté à droite dans la ligne axillaire et en même temps d'une gêne respiratoire assez grande : matité et absence du murmure respiratoire dans le tiers inférieur du poumon droit. Diagnostic de pleurésie avec épanchement. Le 21 mai, les symptômes de pleurésie s'aggravant, on fait une ponction qui donne du pus verdâtre très fétide. Le 23 mai, une deuxième ponction ne donne que quelques cuillerées de pus; le 31 mai, l'état s'aggravant, on fait l'empyème; par la plaie s'écoulent du pus et de nombreuses vésicules. Le 3 juin, de la bile sort par la plaie. Le 10 juin, symptômes de péritonite et mort dans l'après-midi.

Autopsie. — Pleurésie purulente à droite. Péritonite purulente. Le foie est hypertrophié et adhère par sa face convexe avec le diaphragme: le lobe droit présente une dilatation kys-

tique du volume des deux poings dont les parois sont lomeuses ; dans ce kyste, se trouve encore une vésicule hydatique colorée par la bile. A la partie supérieure du kyste se trouve une ouverture mesurant quelques millimètres de diamètre et faisant communiquer à travers le diaphragme la plèvre et le kyste hydatique. A la partie inférieure, autre ouverture de la poche de 2 centimètres de diamètre aboutissant au confluent des canaux hépatiques. Le canal cholédoque est dilaté.

CONCLUSION.

Kyste hydatique infecté par la bile.

OBSERVATION XVII

Jeune garçon de 17 ans.

Trois mois auparavant il a été atteint d'une fièvre typhoïde grave à la suite de laquelle il lui est survenu une douleur dans la région hépatique.

On lui fait une ponction exploratrice qui donne un verre de pus et on le soumet alors au traitement par la méthode de Récamier. Au cours de ce traitement, les adhérences produites étant peu solides, du pus s'écoula dans le péritoine et produisit une péritonite aiguë qui emporta le malade.

CONCLUSION.

Infection du kyste par voie sanguine.

En présence de la cause déterminante de la douleur hépatique, on peut supposer que l'infection du kyste a eu pour origine la fièvre typhoïde, et que c'est par l'intermédiaire de la veine-porte que les microbes de l'intestin ont pu arriver au kyste. Une question qui se pose à ce sujet,

et à laquelle les données de l'observation ne nous permettent pas de répondre, c'est de savoir à quels micro-organismes est due la suppuration ? Est-ce au bacille typhique ou à des associations bactériennes quelconques ? M. Dupré dans son important travail *les Infections biliaires* cite quatre observations d'infections biliaires à la suite de dothiéntérie : dans deux cas, la contamination a reconnu pour cause le *bacille typhique* ; dans un cas le *bactérium coli commune* et dans le quatrième le *streptocoque*.

OBSERVATION XVIII

Cas de kyste hydatique du foie chez un sous-officier, qui s'aperçut par hasard que son hypocondre droit avait augmenté de volume.

M. Du Cazal pratiqua une ponction exploratrice qui donna issue à trois litres et demi de liquide comme eau de roche et contenant de l'albumine et des échinocoques.

Peu de temps après, seconde ponction qui évacue 750 grammes de pus fétide. Ouverture du kyste et guérison consécutive.

CONCLUSION.

Infection du kyste par une ponction septique.

OBSERVATION XIX

Homme de 40 ans, serrurier, ressent une douleur très vive dans le côté droit. Son médecin lui fait une ponction qui donne un liquide limpide. Soulagement de peu de durée à la suite de cette opération : il entre alors dans le service du Dr Dujardin-Beaumetz qui le soumet à un traitement par l'électrolyse. Ce traitement étant trop long, le malade demande à en subir un

plus rapide et entre pour cela dans le service de M. Richet à l'Hôtel-Dieu.

On trouve une tumeur qui présente une fluctuation profonde ; on la ponctionne et on en extrait 250 grammes d'un liquide séro-purulent qui contient des crochets et des échinocoques. La poche vidée se remplit de nouveau bientôt après : elle est dure, sans fluctuation appréciable par suite de l'épaississement de la paroi constaté à la seconde ponction. Une nouvelle ponction donne un liquide franchement purulent. Traitement suivi de guérison.

CONCLUSION.

Le kyste a suppuré sous l'influence du traitement de la première ponction ou de l'électrolyse.

OBSERVATION XX

Homme de 37 ans, qui, en août 1887, présentait une volumineuse tumeur dans l'hypocondre gauche. La ponction donna issue à du liquide clair et limpide contenant des crochets. Après une amélioration momentanée, il survint une vomique d'un liquide semblable à celui extrait par la ponction, suivie bientôt d'autres vomiques contenant alors du pus et des hydatides.

Le Dr Quenu fait alors la laparatomie : il trouve dans la rate une petite cavité communiquant avec une immense poche dans le lobe gauche hépatique contenant des fausses membranes et des hydatides. Traitée par le drainage et les injections, cette poche s'est peu à peu réduite et la guérison s'en est suivie.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie pulmonaire. Le kyste encore aseptique au moment de son ouverture dans les bronches, a été contaminé par les microbes siégeant, soit

dans la bouche, soit dans le larynx ; microbes qui se sont transmis de proche en proche jusqu'au kyste hydatique.

OBSERVATION XXI

C..., 17 ans, entre le 7 avril 1878, dans le service de M. Hayem. Il y a cinq semaines, il a été pris de diarrhée, de vomissements incoercibles, et quelques jours après d'ictère et de fièvre. Le ventre a augmenté de volume.

A son entrée, on trouve un jeune homme très ictérique, dont le ventre est volumineux, ballonné, douloureux à la pression au niveau de l'hypocondre droit. On sent par la palpation une tumeur saillante au-dessous des côtes, globuleuse, arrondie, résistante et descendant jusqu'à l'ombilic.

Rien dans la poitrine. Le 17 avril, trois ponctions sans résultat. Fièvre vive et frissons. Mort le 9 mai 1879.

Autopsie. — Péritonite avec adhérences de l'estomac et de l'intestin au foie; dans le duodénum deux vésicules hydatiques teintées de bile. La branche gauche du canal cholédoque communique avec un kyste siégeant dans le lobe gauche du foie et rempli d'hydatides et d'un liquide formé de pus et de bile. Dans le lobe droit autre kyste gros comme une tête fœtale et rempli de pus et l'hydatides flétries.

CONCLUSION.

Infection du kyste par les voies biliaires.

OBSERVATION XXII

Arabe, 35 ans, entre le 24 janvier 1880 à l'hôpital de Philppeville, avec épanchement abdominal considérable ayant subi une augmentation rapide depuis cinq jours sans fièvre, ni douleur.

On fait trois ponctions à différentes reprises; elles donnent

27,800 grammes de liquide fortement teinté de bile. Mort le 24 février d'épuisement.

Autopsie. — Kystes hydatiques multiples du foie et du péritoine. Un des kystes du foie était flétri, imprégné de bile et communiquait avec la cavité péritonéale par une ulcération admettant le petit doigt. Deux gros conduits biliaires de troisième ordre s'ouvraient dans la poche kystique.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

OBSERVATION XXIII

Jeune homme, 15 ans, pâtissier, présentant tous les signes d'un kyste hydatique du foie, allait être opéré, lorsque survinrent tout à coup des vomiques de liquide clair avec rejet de vésicules hydatiques. Le kyste s'était ouvert dans les bronches. Après une semaine des phénomènes graves apparaissaient, permettant de supposer une transformation purulente du kyste, M. Segond ouvrit largement la poche kystique de manière à faciliter la sortie du liquide et des vésicules hydatiques. Il resta longtemps une fistule qui finit cependant par s'oblitérer.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie pulmonaire (Voir Obs. XX).

OBSERVATION XXIV

M. J..., 42 ans, cordonnier, a ressenti pour la première fois, il y a huit mois, de la gêne et de la pesanteur dans l'hypocondre droit. Deux mois après, ictère et douleurs au niveau de la région hépatique qui vont s'accusant de plus en plus; le malade s'est

alors aperçu de la tuméfaction de son ventre. Depuis huit jours, cette hypertrophie n'a fait que s'accroître en même temps que des troubles digestifs (anorexie et vomissements).

M. Marmonnier trouve à l'examen un homme atteint d'ictère intense avec urines et selles caractéristiques ; perte d'appétit, digestions pénibles, amaigrissement ; la peau est sèche et brûlante ; frissons et fièvre. Le foie est tuméfié et donne la sensation d'une masse globuleuse, lisse, régulière, fluctuante et douloureuse à la pression. On fait une ponction qui donne 800 grammes d'un liquide verdâtre, trouble, purulent et dans lequel se trouvent des crochets. Soulagement consécutif à cette ouverture mais de peu de durée.

Traitement par la méthode Récamier. Guérison.

CONCLUSION.

Infection du kyste hydatique par la bile.

OBSERVATION XXV

J. M. C ..., entre le 1^{er} décembre 1886, dans le service de M. Bouveret.

Il souffre depuis un mois : amaigrissement. Le lobe droit hépatique est hypertrophié : tuméfaction sans bosselures, sans fluctuation appréciable, ni frémissement hydatique. L'enfant se plaint d'une dyspnée intense ; le facies est amaigri, subictérique ; pas de troubles digestifs ; légère fièvre de 38°,5. Le 6 décembre ponction qui donne un liquide clair contenant des membranes et des crochets d'échinocoques. Pas de changement. Le 13 décembre, seconde ponction : liquide louche avec crochets. Le 20, ponction avec un gros trocart, donne de nombreuses hydatides avec du pus verdâtre. On laisse alors une canule à demeure : chaque jour, écoulement de liquide purulent, teinté par la bile. Guérison.

CONCLUSION.

Infection du kyste par voie traumatique.

OBSERVATION XXVI

N..., 49 ans, chauffeur, a eu la dyssentérie pendant son service ; en 1875 et 1884, deux attaques de colique de plomb. Le 12 septembre 1884, ictère qui dure huit jours. Le 14 octobre, impression de froid humide, émotion violente et déprimante, fatigue. Le 25 octobre, congestion pulmonaire avec léger épanchement pleural. Le 29 octobre, les signes pleurétiques persistent ; le malade devient aphoné. Le 4 novembre, frissons, fièvre et délire ; les signes pleurétiques augmentent et dénotent une pleurésie purulente. Le 19 novembre, il se produit de l'ascite et de l'ictère ; le foie est douloureux et est le siège d'une fluctuation profonde dans sa partie antérieure. Le malade s'affaiblissant de plus en plus, on fait une ponction dans la région hépatique avec un gros trocart ; il s'écoule par cette ouverture du pus et de nombreuses hydatides. Mort le 28 novembre 1884.

Autopsie. — La plèvre droite contient du liquide citrin et présente de nombreuses adhérences avec le poumon, excepté dans son cul-de-sac inféro-postérieur où celui-ci est libre. Le foie présente dans son épaisseur des abcès disséminés. Le kyste hydatique est vide, sa membrane enveloppante se détache aisément ; en maints endroits, elle manque et laisse à nu le tissu hépatique. La paroi latérale du kyste offre un canalicule biliaire dilaté, gros comme le pouce, ulcéré et béant dans la cavité. La surface supérieure du kyste est complètement adhérente au diaphragme qui est atrophié et ne présente plus en cet endroit de fibres musculaires.

CONCLUSION.

Infection du kyste par voie pulmonaire.

Vus les accidents dont la congestion pulmonaire et la pleurésie droite ont été l'origine, nous croyons devoir nous rattacher à l'opinion du Dr Villette, auteur de l'observation, et penser que l'infection kystique s'est produite sous l'influence de l'affection thoracique, plutôt que sous l'action de la bile déversée dans la poche hydatique par un canalicule.

OBSERVATION XXVII

Chr. 17 ans, couvreur, entre le 7 avril 1878, dans le service de M. Siredey.

Pas d'antécédents pathologiques. Il y a cinq semaines, à la suite d'une émotion, il tombe malade et présente des troubles gastriques (diarrhée et vomissements) ; 20 jours après, il devient ictérique. A partir de cette date, il voit son ventre augmenter et en même temps il est pris d'accès fébriles vespéraux et de sueurs nocturnes. OEdème des membres inférieurs, du scrotum et légère hydarthrose des genoux.

A l'examen, le lobe droit hépatique est très hypertrophié et douloureux. Rien au cœur. Quelques râles sous-crépitaux aux deux bases pulmonaires. Pouls fréquent ; fièvre assez vive tous les soirs. Trois ponctions faites dans la région hépatique ne donnent que quelques gouttes de sang.

L'état du malade va empirant tous les jours : la base des poumons est mate et un peu d'ascite s'est produite. Mort le 9 mai.

Autopsie. — Congestion pulmonaire à la base. Rien au cœur. Traces manifestes de péritonite généralisée. Le lobe gauche du foie présente des adhérences avec l'estomac et le colon transverse. Le lobe droit présente deux petits kystes hydatiques normaux remplis d'un liquide limpide ; quant au lobe gauche, en outre des adhérences, il renferme une poche assez volumineuse remplie

d'un liquide jaunâtre à la fois biliaire et purulent, et de débris d'hydatides colorées en jaune. Ce kyste communique avec le canal cholédoque dilaté.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la bile.

OBSERVATION XXVIII

Femme, 30 ans, entre le 16 octobre 1871 dans le service de M. Moutard-Martin.

Son ventre a augmenté de volume depuis un an. A son entrée, on trouve une tumeur volumineuse dépendant du foie ; de plus, la malade se plaint d'une dyspnée intense et de digestions pénibles accompagnées de vomissements gras. Le 17 octobre, une ponction donne 700 grammes de liquide limpide caractéristique d'un kyste hydatique. Soulagement consécutif, puis léger mouvement fébrile avec réaugmentation de la tumeur. Du 3 au 20 novembre, cinq ponctions donnent du pus. Guérison.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la ponction.

OBSERVATION XXIX

E..., 33 ans, cultivateur, entre le 5 octobre 1882 dans le service de M. Carrieu.

Antécédents pathologiques. — Impaludisme à 12 ans ; éthylisme. Le 1^{er} janvier 1882, sans causes, le malade est pris d'ictère intense avec céphalalgie, fièvre et sueurs ; douleur dans le côté droit, toux et expectoration rouillée. Diagnostic de pneumonie. Guérison.

Vingt jours après, le malade ressent de violentes douleurs dans l'hypocondre droit et se plaint d'une dyspnée intense. Il est

alors pris de quintes de toux et de vomiques purulentes qui se renouvellent à partir de ce moment tous les 15 à 20 jours. Ictères par intervalles.

A l'examen, on note une déformation globuleuse de la base droite du thorax ; matité à la base du poumon droit et submatité au sommet ; vibrations diminuées à la base et exagérées au sommet droit. Le 7 octobre, nouvelle vomique jaune verdâtre. L'examen chimique y décèle la présence de la bile. Nouvelle vomique, trois jours après : les crachats sont visqueux, sans odeur, de couleur jaune verdâtre.

Guérison.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

Sous l'influence d'une pneumonie, nous voyons se développer un état grave. A quels principes infectieux devons-nous l'attribuer ? Est-ce au pneumocoque ? Est-ce aux vulgaires microbes de la suppuration, tels que le staphylocoque, le streptocoque ? On peut admettre, ce nous semble, les deux opinions. « Les pneumocoques, écrit M. Jaccoud, contenus dans la salive normale et aussi dans les voies respiratoires, restent inoffensifs aussi longtemps que l'organisme fonctionnant normalement est pour eux un milieu hostile, mais que, sous l'influence d'une perturbation, ce milieu leur devienne au contraire favorable, ces commensaux s'y multiplient et deviennent pathogènes ». D'un autre côté, M. Jaccoud a vu la migration du staphylocoque et du streptocoque produire l'infection purulente consécutivement à une pneumonie.

Une autre question se pose au sujet de cette observation : l'infection du kyste a-t-elle pour origine une angio-

cholite ascendante d'origine intestinale ou une angiocholite primitive? Les ictères répétés qui se sont présentés durant la maladie nous font penser à une origine intestinale.

OBSERVATION XXX

B. T..., 39 ans, serrurier, entre le 20 mai 1881, dans le service de M. Tillaux.

Le malade attribue à un coup reçu en 1857, le développement de sa tumeur. Depuis 5 à 6 mois, cette tumeur a augmenté et l'empêche de travailler. Le 19 mai 1881, fièvre intense avec frissons et sueurs.

A l'examen, l'abdomen est augmenté de volume, surtout dans le sens antéro-postérieur; les fausses côtes à droite paraissent déjetées en dehors; le foie est dévié à gauche et présente une tumeur lisse, régulière, délimitée facilement en bas et sur les côtés, indolore à la pression, *excepté sur les bords*. Pas de fluctuation, ni de frémissement hydatique. Le malade est pâle, amaigri, déprimé; il étouffe dès qu'il se penche du côté droit. La fièvre, qui l'avait pris la veille de son entrée, persiste toujours.

On fait une ponction qui donne 3 cuillerées de liquide louche dans lequel se trouvent des débris d'hydatides et des crochets. M. Tillaux fait alors plusieurs applications de pâte de Vienne pour établir des adhérences et ouvre la tumeur: par la plaie s'écoule un liquide louche, d'odeur infecte, contenant de nombreuses hydatides et du pigment biliaire. Les jours suivants, la bile augmente de proportion dans le liquide. Guérison.

CONCLUSION

Infection du kyste par la bile.

Dans ce cas, nous devons signaler un symptôme que nous avons vainement cherché dans toutes les autres

observations, la péri-kystite. La tumeur hydatique était lisse, régulière, facilement délimitée, indolore à la pression, *excepté sur les bords*. La douleur localisée sur les bords du kyste nous semble répondre en tous points à cette notion du travail ulcératif qui prépare l'infection de l'échinocoque en déterminant une fissure dans la paroi kystique.

OBSERVATION XXXI

F..., 45 ans, à Bicêtre, section des fous dangereux.

Depuis deux ans, le volume de son ventre a augmenté; douleur et sensation de pesanteur en ce point. Il y a deux mois, pneumonie limitée aux deux tiers inférieurs du poumon droit qui emporte le malade. Avant sa mort, vomique d'une matière très fétide.

Autopsie. — La face supérieure du lobe droit hépatique présente un kyste contenant de nombreuses hydatides et un liquide sale et fétide. Ce kyste est adhérent au diaphragme perforé en ce point; en suivant ce trajet fistuleux, on voit qu'il se continue au milieu du lobe inférieur pulmonaire hépatisé et qu'il arrive jusqu'à une bronche d'un volume assez considérable par où s'est fait la vomique.

CONCLUSION.

Infection par la voie pulmonaire.

Au sujet de cette observation, se pose la même question que dans l'observation XXIX: à quels agents infectieux est due l'infection du kyste?

OBSERVATION XXXII

C. W..., 24 ans, entre le 19 mai 1869, à l'hôpital Midlesex; depuis quelque temps il s'est aperçu d'une tumeur dans l'hypo-

condre droit. Dix jours avant son admission, ictère et décoloration des selles.

À l'examen, ictère intense et foie hypertrophié : son bord inférieur est arrondi, sa surface lisse et indolente ; fluctuation et frémissement hydatiques perçus. Le 27 mai, une ponction donne 250 grammes d'un liquide visqueux, jaunâtre et purulent. Le 3 juin, une seconde ponction donne 2.400 grammes de pus avec membranes hydatiques. Amélioration passagère. Mort le 3 juillet.

Autopsie. — Dans le lobe droit hépatique, vaste kyste qui communique avec le canal cholédoque et est rempli de pus et de vésicules hydatiques. Ce kyste communique aussi à travers le diaphragme avec une cavité grosse comme un abricot et située dans le parenchyme pulmonaire. Pas de liquide, ni d'hydatides dans la plèvre droite.

CONCLUSION.

Infection du kyste par les voies biliaires.

OBSERVATION XXXIII

M. G..., 22 ans, se présente avec un état cachectique et un développement considérable du côté droit de l'abdomen. Tumeur liquide fluctuante allant jusqu'à l'ombilic sur la ligne médiane et en bas jusqu'au pubis ; cette tumeur a été perçue pour la première fois à 11 ans, depuis elle n'a fait que s'accroître. Cinq ponctions ont été faites : les trois premières ont donné un liquide limpide caractéristique d'un kyste hydatique ; la quatrième et la cinquième ont donné du pus. L'état actuel de la malade ne laisse aucun doute sur la résorption putride qui est en train de se faire. On ouvre le kyste et on y trouve du pus et des vésicules ratatinées. Mort par septicémie.

CONCLUSION.

Infection du kyste consécutive à une ponction septique.

OBSERVATION XXXIV

L..., marchande ambulante, 52 ans, entre le 26 mai 1873 dans le service de M. Fauvel. Il y a 15 jours, elle a été prise de vomissements et de diarrhée qui persistent encore. On trouve à l'épigastre une tumeur énorme, lisse, rénitente, se continuant avec le foie. Pas de frémissement hydatique, pas d'ictère ; pas de pigment biliaire dans les urines ; pas d'ascite. Douleur profonde dans la région hépatique ; respiration très gênée par suite de la compression du poumon droit par la tumeur. Vu l'état cachectique de la malade, pas de ponction, mort le 3 juin.

Autopsie. — Le poumon droit est réduit au volume du poing, la tumeur adhère intimement au diaphragme. La paroi supérieure de ce kyste est très mince et se rompt au moment où on ouvre l'abdomen. Cette poche est remplie d'un liquide purulent dans lequel nage la membrane hydatique qui est engagée dans un des conduits hépatiques et dans le canal cholédoque hypertrophié.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

OBSERVATION XXXV

Une femme, 26 ans, mécanicienne, entre le 9 juin 1876 dans le service de M. G. Sée.

Sa maladie a débuté le 4 juin. Ce jour-là, frisson et point de côté intense, en même temps que toux et dyspnée. Elle est enceinte de six mois ; elle s'est cependant aperçue que son ventre était plus volumineux que d'ordinaire ; mais à part la jaunisse et quelques troubles gastriques rien à signaler.

La dyspnée et le point de côté augmentent, de même que la toux (crachats visqueux et rouillés) ; la température est très élevée. Diagnostic : Pneumonie. En même temps, la malade se plaint d'une

douleur très accusée, siégeant à la base du thorax et à la partie antérieure du flanc droit. Les urines contiennent beaucoup de pigment biliaire. On trouve en outre un ventre volumineux et une augmentation du foie qui est dur et bosselé. A la poitrine, matité absolue à droite et abolition des vibrations thoraciques. Fausse couche le 12 et mort le 20 juin.

Autopsie. — Le foie est très volumineux, aplati et déformé; son lobe droit présente un kyste du volume d'une tête d'adulte refoulant en haut le diaphragme et y adhérent. Ce kyste est rempli de liquide purulent et fétide et d'un grand nombre de vésicules hydatiques dont quelques-unes suppurent et sont colorées par le pigment biliaire. Les conduits biliaires communiquent avec le kyste et le canal cholédoque présente dans son trajet plusieurs vésicules.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire (Obs. XXIX).

OBSERVATION XXXVI

G. A..., 45 ans, blanchisseuse, entre le 15 mars 1883 dans le service de M. Millard. Elle a été prise le 3 février de crampes violentes à l'épigastre et de douleurs vives dans le côté droit avec irradiations dans la région dorsale et l'épaule droite. Le lendemain ictère avec urines rouges et anorexie. Le foie est très hypertrophié et douloureux à la pression; son bord inférieur descend plus bas que l'ombilic et présente quelques irrégularités; la matité hépatique supérieure remonte jusqu'au mamelon. Rien dans les autres organes. Mort le 20 mars.

Autopsie. — Foie très volumineux; au niveau de la partie moyenne du lobe droit, poche kystique remplie d'un liquide filant, purulent et très fétide, au milieu duquel nagent de nombreuses vésicules hydatiques. Les parois sont tapissées de membranes hydatiques en certains points; en d'autres, la paroi est

noirâtre, irrégulière, déchiquetée comme dans la gangrène. La vésicule biliaire contient un liquide analogue à celui du kyste et des hydatiques. Le kyste communique avec le canal hépatique. Les canaux sont atteints de périangiochoïte et d'angiocholite (examen de M. Brault).

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

OBSERVATION XXXVII

G. B..., bohémienne, entre le 26 janvier 1885 dans le service de M. Dupré.

Il y a quinze jours, elle sentit brusquement dans la région axillaire une douleur qui ne fit que s'accroître et l'oblige à entrer à l'hôpital. A l'examen, on trouve de la dyspnée, de l'ictère, de la douleur au creux épigastrique s'irradiant à l'épaule droite. Fréquence du pouls, dégoût pour les graisses et déformation de la cage thoracique à droite: absence de vibrations et matité dans les deux tiers inférieurs de ce côté. Le foie est abaissé et augmenté de volume, arrivant à 5 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le 27 janvier, ponction qui donne une goutte de pus. Mort le 1^{er} février.

Autopsie. — Un énorme kyste occupe tout l'hypocondre droit et repousse en haut le diaphragme auquel il adhère. A son ouverture, il s'écoule environ quatre litres de liquide purulent contenant de nombreuses vésicules hydatiques et des cristaux de cholestérine groupés en petits blocs de couleur jaune rougeâtre. La surface interne de la poche est rugueuse, parsemée çà et là de saillies irrégulières.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la bile.

OBSERVATION XXXVIII

A. F..., 39 ans, entre dans le service de M. Gallard.

Elle a eu en 1877 des accès de fièvre intermittente avec ictère. Le 21 janvier 1879, elle a été prise de toux avec fièvre et point de côté sous le sein droit. L'examen ne décèle rien dans la poitrine. La matité hépatique remonte jusqu'au mamelon droit. Vers le mois de mars, des râles sous-crépitaux commencent à se montrer à droite ; la fièvre est intense ; les crachats deviennent muco-purulents, opaques et nummulaires ; leur quantité s'accroît de jour en jour et on y voit des membranes hydatiques. M. Letulle ayant fait l'examen de l'expectoration y trouve du pigment biliaire.

Le foie qui était assez volumineux diminue et l'état de la femme s'améliore de plus en plus malgré l'expectoration purulente et les membranes hydatiques. La femme sort en bon état.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

OBSERVATION XXXIX

B..., 44 ans, blanchisseuse entre le 15 octobre 1879 dans le service de M. Peter. Pas d'antécédents pathologiques autres qu'une toux sans expectoration qui date de 2 ans. Il y a six semaines, à la suite d'une quinte de toux, elle rendit un bol de liquide clair, limpide et transparent, sans membranes. A la suite de cette expectoration, urticaire. Les jours suivants, nouvelles quintes de toux avec expectoration épaisse et jaunâtre.

C'est une femme très amaigrie, à teinte ictérique et très affaiblie. Les crachats ont une odeur très fétide et sont très abondants ; ils contiennent de la bile. Le foie est très hypertrophié et descend presque jusqu'à la crête iliaque : sa surface est lisse, égale, sans bosselures, pas de fluctuation. Mort à la suite de péritonite.

Autopsie. — Le lobe gauche hépatique est remplacé par un kyste qui s'est ouvert à travers le diaphragme dans la plèvre droite et communique avec une bronche. La poche contient encore beaucoup de liquide et d'hydatides.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie pulmonaire (Obs. XX).

OBSERVATION XL

Femme, 25 ans, entre dans le service de Trousseau, le 11 septembre 1863. Ses antécédents pathologiques consistent en coliques hépatiques assez fréquentes suivies d'ictère. Actuellement, ictère intense avec prurit; foie volumineux et douloureux; apyrexie. Quelques jours après fièvre intense et épistaxis.

Le 13 septembre, elle ressent tout à coup une douleur atroce à la base du poumon droit; on ne trouve rien à l'auscultation et on porte le diagnostic de pleurésie diaphragmatique. Quelques jours plus tard, la matité a envahi tout le côté droit; on entend un souffle voilé avec égophonie dans les fosses sus et sous-épineuses.

Le 19 septembre, thoracentèse qui donne 1/2 litre de pus avec hydatides et membranes. Mort le lendemain.

Autopsie. — Le lobe droit hépatique présente un kyste hydatique rempli de pus et de vésicules: les parois de cette poche sont revêtues dans la plus grande partie de leur étendue d'une couche assez épaisse de substance calcaire. Le kyste présente trois ouvertures: une dans la plèvre, une dans le diaphragme et la troisième dans le canal cholédoque qui est très dilaté et contient quatre hydatides. La plèvre contient du pus et des hydatides; fausses membranes de formation récente.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

OBSERVATION XLI

A. L..., 40 ans, statuaire, entre le 17 janvier 1880 dans le service de M. Bucquoy. Il a eu une bonne santé jusqu'en 1877 ; à cette époque jusqu'à son entrée il paraît avoir eu des phénomènes d'obstruction biliaire avec gêne de la circulation porte. Il y a un mois, il a ressenti des douleurs assez vives dans l'hypocondre droit, sans irradiations à l'épaule ; vomissements bilieux et ictère. Cet accès a duré une dizaine de jours.

Etat actuel. — Amaigrissement profond, ictère ; un peu d'ascite, légère circulation collatérale, pas de fièvre. Le foie déborde les fausses côtes, il est indolore et régulier. Rien au cœur. Au poumon droit, à la base et en arrière : obscurité de la respiration, quelques râles sous-crépitaux ; urines rouges. Le 30 janvier. — Le malade s'affaiblit de plus en plus ; dyspnée intense avec épanchement dans la plèvre droite. L'ascite est considérable : une ponction donne 7 à 8 litres d'un liquide transparent, très albumineux. Mort le 4 février.

Autopsie. — Le foie est jaune foncé ; à sa face inférieure se trouve une tumeur fluctuante, grosse comme une tête fœtale qui semble être la vésicule et qui est un kyste hydatique contenant de la bile et un grand nombre de vésicules hydatiques, flétries, tassées et couvertes de boue biliaire. A droite de cette poche se trouve la vésicule ratatinée ; les parois en sont épaissies. Le kyste incisé présente un orifice de 1 centimètre 1/2 de diamètre qui le fait communiquer avec un canal biliaire dilaté et contenant un mélange de pus et de bile, ainsi que les autres canaux qui y aboutissent. Épanchement de 1 litre de liquide clair et citrin dans la plèvre droite.

CONCLUSION.

Infection du kyste par les voies biliaires.

OBSERVATION XLII

La nommée B..., 43 ans; entre le 15 mars 1881 dans le service de M. Guyot.

Depuis un mois elle maigrit et a la fièvre tous les soirs; en même temps son côté droit enfle. On trouve une hypertrophie considérable du foie dont le bord antérieur s'est abaissé au point de se trouver à un centimètre de la crête iliaque; sa matité s'étend jusqu'à l'ombilic. Rate normale; pas d'ictère; pas de douleurs hépatiques; pas de circulation supplémentaire.

Le 20 mars, on découvre de la fluctuation profonde au niveau de la région ombilicale qu'on attribue à une distension de la vésicule biliaire. Le 3 avril, dans la nuit, vomissements de matières noirâtres avec débris membraneux. Mort le 5 avril.

Autopsie. — Vaste poche s'étendant à une partie de la face inférieure du foie et remplie des mêmes débris membraneux. Cette poche communique avec la vésicule biliaire et avec l'estomac.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

OBSERVATION XLIII

La nommée L. P..., 25 ans, entre le 4 mars 1880 dans le service de M. Rendu.

Il y a 8 mois, elle a été atteinte de troubles gastriques et intestinaux et d'un ictère qui persiste encore à son entrée. Amaigrissement, palpitations, digestions mauvaises, selles décolorées et souvent diarrhéiques; nausées, renvois et vomissements. Voussure prononcée au niveau de l'hypocondre droit et de la région épigastrique; le foie est très hypertrophié, dur et comme ligneux, douloureux à la pression; circulation supplé-

mentaire, pas d'ascite; rate très hypertrophiée. On porte le diagnostic de cirrhose hypertrophique.

Le 10 mars, douleurs assez vives dans l'hypocondre droit, avec irradiations vers l'épaule correspondante; troubles cardiaques plus marqués. A la fin du mois, amélioration sous l'influence du traitement: le foie n'est plus douloureux, les selles sont moins décolorées, la rate a diminué. Le mieux persistant, la malade va à Vichy. Elle en revient plus malade: ictère intense, anorexie, diarrhée, purpura, urines rares et albumineuses, fièvre, épistaxis, et subdélirium la nuit. L'état empirant, la malade meurt.

Autopsie. — Kyste hydatique occupant la partie postéro-inférieure du lobe droit et comprimant complètement le hile du foie, ainsi que les gros canaux biliaires. Le kyste est enflammé et suppuré. Le parenchyme hépatique est induré et ardoisé au pourtour du kyste; de plus, le foie présente les lésions du foie biliaire, imprégnation par la bile, distension des canaux biliaires, apparence verdâtre du parenchyme.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

OBSERVATION XLIV

R. Amélie, 27 ans, entre le 11 septembre 1863, dans le service de Trousseau.

Il y a 3 ans, vives douleurs à l'épigastre et à l'hypocondre droit, et ictères avec troubles gastriques et fièvre consécutifs.

Ces symptômes ont reparu il y a trois semaines. A son entrée ictère et amaigrissement. On porte le diagnostic de colique hépatique.

Les symptômes s'aggravent jusqu'au 14 septembre, jour où une douleur des plus violentes survient à la base droite de la poitrine, avec dyspnée et délire. L'examen ne décèle rien dans la cavité thoracique. Les symptômes augmentant, on pense à une

pleurésie diaphragmatique par propagation de l'inflammation du foie. Le 17 septembre, souffle et égophonie dans la base droite ; la matité occupe le tiers inférieur. L'épanchement pleurétique augmente, la dyspnée est extrême : une ponction donne du pus fétide et de nombreuses hydatides. Mort un jour après.

Autopsie. — Le lobe droit hépatique présente au niveau de son bord postéro-supérieur un kyste gros comme le poing et rempli de pus et d'hydatides. Il présente trois ouvertures : une à travers le diaphragme aboutissant à un espace clos par des adhérences entre le foie et le diaphragme ; la seconde fait communiquer le kyste avec le conduit hépatique, et par ce dernier avec le canal cholédoque qui contient trois hydatides. La troisième ouverture s'ouvre dans la plèvre.

CONCLUSION.

Infection du kyste par les voies biliaires.

OBSERVATION XLV

P. C., 47 ans, cuisinier, entre le 19 juillet 1854 dans le service de M. Charcot. Ce malade souffre et maigrit depuis quatre mois : oppression, douleur sourde et profonde dans la région hépatique s'irradiant quelquefois dans l'épaule et le flanc droits. Il y a trois mois, il a eu une jaunisse très intense avec vomissements alimentaires et diarrhée : L'ictère a disparu au bout de quelques semaines pour reparaitre il y a 15 jours. Le 19 juillet subitement symptômes de péritonite qui emportent le malade le 23 juillet.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Le foie présente à la face supérieure des lobes droit et gauche deux kystes remplis d'un liquide jaune foncé, ayant tout à fait l'aspect de la bile. Les canaux biliaires sont très dilatés et remplis de débris d'hydatides. A la face inférieure du foie, on trouve encore un petit kyste qui communique avec l'arrière cavité des épiploons et dans lequel vient s'ouvrir le canal hépatique. La face interne de ce

kyste est tapissée par une matière d'apparence caséuse et teintée par la bile.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie biliaire.

OBSERVATION XLVI

La nommée R., M..., âgée de 11 ans, entre le 10 septembre 1889, dans le service de M. Ollivier, aux Enfants-Malades. L'enfant a toujours été chétive; sa tante, infirmière dans cet hôpital, prie M. Ollivier de la recevoir dans son service pour un ictère léger et aussi parce que ses parents trouvent qu'elle se développe mal.

L'ictère fut considéré comme lié à un catarrhe de voies biliaires; il disparut d'ailleurs en quelques jours. Pas de fièvre jusque-là.

Le pavillon d'isolement pour la scarlatine n'étant pas ouvert à cette époque, cette affection était soignée dans la salle commune et c'est là que la petite malade fut contagionnée. Le 28 septembre, elle fut prise de fièvre (40°) et d'angine, le lendemain apparaissait l'éruption caractéristique.

Cette scarlatine fut en elle-même d'une faible intensité et la température descendit graduellement les jours suivants; mais sixième jour, ayant atteint 38°, elle cessa de s'abaisser et la fièvre persista, oscillant entre 38° et 39°. Pendant quinze jours, l'examen le plus minutieux des organes ne permit pas de saisir cause de cette fièvre: pas de pleurésie, pas d'adénite suppurée, etc. Puis la température s'éleva le soir à 40° ou 40° 4', pour redescendre régulièrement le matin à 38° environ: la fièvre prenait donc le caractère d'une fièvre de suppuration; l'enfant cependant n'accusait de douleur nulle part et son état général se maintenait bon.

Dans les premiers jours de novembre, commença à paraître un certain degré de voussure dans les régions hépatique et épigastri-

que. La ligne supérieure de matité du foie s'élevait jusqu'à la troisième côte en avant, jusqu'à la cinquième en arrière ; la ligne inférieure était un peu abaissée et dépassait d'un travers de doigt le rebord costal. Pas de phénomènes anormaux du côté du poumon qui paraissait simplement refoulé.

On soupçonna dès lors une collection purulente siégeant à la face convexe du foie et se développant par en haut. Deux hypothèses se présentaient sur la nature de cette collection : c'était, ou bien un abcès angiocholitique consécutif au catarrhe des voies biliaires qui avait été incriminé dans la production de l'ictère ; ou bien un kyste hydatique du foie resté latent et qui aurait *suppuré sous l'influence de la scarlatine*. C'est cette dernière hypothèse qui fut admise de préférence.

Le 6 novembre la petite malade accusa une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine. On assista alors à l'évolution graduelle d'une pleurésie purulente développée au niveau du kyste, soit par rupture, soit plus probablement par propagation : d'abord frottements pleuraux en arrière, puis matité occupant presque tout le côté droit de la poitrine, à l'exception de la partie tout à fait supérieure, matité remontant plus haut en avant qu'en arrière, souffle pleurétique assez fort.

Le 16 novembre, on pratique avec une seringue de Pravaz une ponction exploratrice dans le troisième espace intercostal en avant : on retire du pus qui, examiné au microscope, contient de *belles chaînettes de streptococcus*. L'intervention était indiquée dès lors ; mais on était au moment de l'influenza, le chef de service était malade et il n'y avait pas de remplaçant. On attendit.

Le 26 novembre. — Pendant la visite des parents, l'enfant étant assise et causant, fut prise tout à coup de suffocation et rendit plusieurs gorgées de pus. Cette vomique prouvait qu'on avait déjà trop attendu. Le 1^{er} décembre, l'interne se décide à l'opération en l'absence de M. Olivier qui lui avait donné pleins pouvoirs : une incision est pratiquée au niveau où la ponction exploratrice avait révélé la proximité du pus, c'est-à-dire dans le troisième espace en avant. Un flot de pus mêlé de vésicules

hydatiques s'écoule aussitôt ; mais en même temps, sous l'influence des efforts et des cris de l'enfant (on n'avait pas donné de chloroforme), la fistule pleuro-bronchique se rouvre et une nouvelle vomique se produit. L'enfant fut en proie à une violente suffocation et l'on crut un instant qu'elle allait asphyxier. Elle se remit cependant peu à peu ; mais les bronches restèrent encombrées de pus et elle mourut dans la nuit.

Pas d'autopsie.

CONCLUSION.

Infection du kyste par la voie sanguine.

Cette observation, la plus intéressante de notre travail, nous montre un kyste hydatique suppuré sous l'influence de la scarlatine. La présence de la bile n'étant pas signalée dans le pus retiré par la ponction exploratrice, nous sommes autorisés à penser que la transmission infectieuse s'est faite par le sang et non par la voie biliaire.

Malgré que le streptocoque ne soit pas l'agent infectieux de la scarlatine, M. L. Guinon nous a montré dans son travail sur « les infections secondaires dans la scarlatine » que la plupart des complications scarlatineuses, telles que pleurésies, péricardites, arthrites, adénites, étaient dues à ce microbe auquel le germe scarlatineux a en quelque sorte ouvert la porte et préparé le terrain. D'un autre côté, M. Babès, dans son travail le plus récent, n'est pas éloigné d'attribuer au streptocoque tout le processus scarlatineux.

C'est donc à la scarlatine, et plus directement au streptocoque, que l'on doit attribuer la suppuration du kyste hydatique de cette observation.

Numéros.	Sources des observations.	Auteurs.	Noms, professions et âges des malades.	
I	<i>Bulletin de la Société des Hôpitaux.</i>	MM. Galliard.	A., domestique..... 35 ans	Vo
II	id.	id.	L. S., tourneur..... 35 »	
III	id.	Sevestre.	R. C., cordonnier.... 35 »	Vo
IV	id.	Moutard-Martin.	Homme.	Vo
V	id.	Chauffard.	L., garçon de café... 44 »	
VI	<i>Bulletin de la Société anatomique.</i>	Rendu..	D..... 60 »	
VII	id.	Sorel.	J..... 25 »	
VIII	id.	Millard.	C. S., nourrice..... 22 »	
IX	id.	Verneuil.	L..... 64 »	Vo
X	id.	Rigal.	C..... 61 »	Vo
XI	id.	Gerin-Roze.	B. J., couturière.... 18 »	
XII	id.	Moutard-Martin.	G. M., cuisinière.... 28 »	V
XIII	id.	Lépine.	L..... 27 »	
XIV	id.	Barette.	M. M..... 78 »	
XV	id.	Letulle.	M. J..... 28 »	
XVI	id.	Hérard.	Jeune charcutière... 22 »	
XVII	<i>Gazette des Hôpitaux.</i>	Blachez.	Jeune garçon..... 17 »	I
XVIII	id.	Chauvel.	Sous-officier.	Vo
XIX	id.	Richet.	Serrurier..... 40 »	
XX	id.	Quenu.	Homme..... 37 »	Vo
XXI	<i>Revue des sciences méd.</i>	Hayem.	C..... 17 »	
XXII	id.	Richard.	Arabe..... 35 »	
XXIII	<i>Semaine médicale.</i>	Segond.	Jeune pâtissier..... 15 »	Vo
XXIV	<i>Lyon médical.</i>	Marmonnier..	M. J., cordonnier.... 42 »	
XXV	id.	Bouveret.	J. M. C..... 16 »	Vo
XXVI	<i>Bulletin méd. du Nord.</i>	Villette.	N., chauffeur..... 49 »	Vo
XXVII	<i>Progrès médical.</i>	Siredey.	Chr., couvreur..... 17 »	
XXVIII	id.	Moutard-Martin.	Femme..... 30 »	Vo
XXIX	Thèse de Fabre.	Carrieu.	E., cultivateur..... 33 »	
XXX	Thèse de Greyx..	Tillaux.	P. T., serrurier..... 39 »	
XXXI	Thèse de Masseron.	Masseron.	F..... 45 »	Vo
XXXII	id.	id.	Ch. W..... 24 »	
XXXIII	Thèse de Braine.	Médical Times.	M. G..... 22 »	Vo
XXXIV	Thèse de Berthaud.	Fauvel.	L., marchande..... 52 »	
XXXV	id.	G. Sée.	Femme mécanicienne 26 »	
XXXVI	id.	Millard.	G. A., blanchisseuse. 45 »	
XXXVII	Thèse de Durand.	Duprès.	G. B., bohémienne.... 41 »	
XXXVIII	Thèse de Duvernoy.	Gallard.	A. F..... 39 »	
XXXIX	id.	Peter.	B., blanchisseuse.... 41 »	Vo
XL	id.	Trousseau.	Femme..... 25 »	
XLI	Thèse de Codet.	Bucquoy.	A. L., statuaire..... 40 »	
XLII	id.	Guyot.	B..... 43 »	
XLIII	id.	Rendu.	L. P..... 25 »	
XLIV	Thèse de Reymondon.	Trousseau.	A. R..... 27 »	
XLV	Thèse d'Ortiz-Coiffigny.	Charcot.	P. C., cuisinier..... 47 »	
XLVI	Inédite.	Couder.	M. R..... 11 »	

Voies de l'infection.	OBSERVATIONS.	Preuves de l'infection fournies par	Terminaisons.
ie traumatique.	Infection du kyste hydatique produite par la ponction.	Ponction.	Guérison.
Voie biliaire. ies sanguine et biliaire.	Symptômes d'infection kystique après une attaque de grippe. 1 ^{er} kyste contenant du sang. — 2 ^{me} kyste contenant de la bile.	Clinique. Ponction.	id. id.
ie traumatique. Voie biliaire. id.	Ponction septique a déterminé l'infection du kyste. Kyste suppuré contenant de la bile. — Absence de microbes. Kyste rempli de vésicules teintées de bile. — Angiocholite et méningite suppurées.	id. id. Autopsie.	id. Mort. Mort.
id. id.	Kyste hydatique rempli de bile. — Vomiques purulentes. Communication des kystes avec les voies biliaires. — Angio- cholite suppurée.	id. id.	id. id.
ie lymphatique.	Tumeur épithéliomateuse ulcérée avec adénopathie.	id.	id.
ie traumatique. id.	Ponction détermine l'infection du kyste. Id.	Ponction. id.	id. id.
Voie sanguine. Voie biliaire. id.	Septicémie puerpérale avec phlébite suppurée. Foie biliaire. — Angiocholite suppurée. Ponction septique détermine l'infection du kyste.	Autopsie. id. id.	id. id. id.
Voie sanguine.	Périostite alvéolo-dentaire et amygdalite suppurée causes de l'infection kystique.	Clinique.	id.
Voie biliaire. Voie sanguine.	Communication du kyste avec les canaux biliaires. Fièvre typhoïde grave suivie de la suppuration du kyste.	Autopsie. Clinique.	id. id.
ie traumatique. id.	Ponction septique détermine l'infection du kyste. La suppuration du kyste doit être attribuée au traitement	Ponction. id.	Guérison. id.
ie traumatique.	Ponction et vomique donnent liquide limpide. — Vomiques suivantes purulentes.	Clinique.	id.
Voie biliaire. id.	Communication du kyste avec le canal cholédoque. Communication du kyste avec un canal biliaire.	Autopsie. id.	Mort. id.
ie traumatique.	Vomique de liquide hydatique clair suivie de symptômes d'infection.	Clinique.	Guérison.
Voie biliaire. ie traumatique. ie lymphatique.	Ponction donne liquide teinté de bile. Suppuration kystique causée par la ponction. Pleurésie droite suivie de la suppuration du kyste.	Ponction. id. Autopsie.	id. id. Mort.
Voie biliaire ie traumatique.	Communication du kyste avec le canal cholédoque. Ponction suivie de l'infection du kyste	id. Ponction.	id. Guérison.
Voie biliaire. id.	Communication du kyste avec les voies biliaires. — Pneu- monie.	Clinique.	id.
id.	Liquide hydatique contient pigment biliaire. — Périokyste?	Ponction.	id.
ie lymphatique.	Pneumonie droite suivie de la suppuration du kyste.	Ponction.	id.
Voie biliaire	Communication du kyste avec le canal cholédoque.	Autopsie.	Mort.
ie traumatique.	Ponction septique suivie de la suppuration du kyste.	id.	id.
Voie biliaire.	Communication du kyste avec les canaux biliaires.	Ponction.	id.
id.	Id. — Pneumonie.	Autopsie.	id.
id.	Communication du kyste avec le canal hépatique.	id.	id.
id.	Liquide kystique contient des cristaux de cholestérine.	id.	id.
ie traumatique.	Kyste ouvert dans les bronches. — Expectoration de bile.	Clinique.	Guérison.
Voie biliaire.	Vomique de liquide clair suivie de vomiques purulentes.	id.	Mort.
id.	Communication du kyste avec le canal cholédoque.	Autopsie.	id.
id.	Communication du kyste avec le canal biliaire.	id.	id.
id.	Communication du kyste avec la vésicule biliaire et l'es- tomac.	id.	id.
id.	Foie biliaire. — Angiocholite suppurée.	id.	id.
id.	Communication du kyste avec le canal biliaire.	id.	id.
id.	Id.	id.	id.
Voie sanguine.	Kyste suppuré sous l'influence de la scarlatine (streptocoque.	Clinique.	id.

CONCLUSIONS

Un kyste hydatique du foie est dans cet organe un lieu de moindre résistance et un appel à l'infection.

L'infection ne peut pénétrer dans le kyste hépatique que tout autant que celui-ci a été préalablement atteint de périkytite, prélude immédiat et nécessaire de l'infection de la poche hydatique proprement dite.

L'infection, pour gagner le kyste hydatique du foie, suit plusieurs voies : les voies sanguine, biliaire et lymphatique. Le kyste hydatique peut encore suppurer à la suite d'un traumatisme.

L'infection par la voie biliaire est responsable de la suppuration de plus de la moitié des cas, soit 58,7 p. 0/0; la voie sanguine de 8,7 p. 0/0, et la voie lymphatique de 6,5 p. 0/0. Le traumatisme entre pour une proportion de 26 p. 0/0; cette proportion est évidemment inférieure à la réalité, les cas, dans lesquels la suppuration avait été produite dans un but thérapeutique, ayant été omis à dessein.

Les chances de guérison pour un kyste hydatique du foie suppuré sont variables, suivant que celui-ci a été ou non infecté à la suite de périkytite : dans les cas de

kyste contaminé sans l'inflammation préalable de la couche adventice, la guérison s'est produite 66.66 p. 0/0 des fois; dans les autres cas, au contraire, cas où la périkytite a précédé l'infection kystique proprement dite, la proportion des guérisons n'a été que de 20.6 p. 0/0.

Vu par le Président de la thèse,
STRAUS

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

1854. **Charcot.** — Société de Biologie.
1869. **Ducastel.** — Société anatomique.
1872. **Moutard-Martin.** — La pleurésie purulente et son traitement.
1874. **Caillette.** — Thèse de Paris.
1876. **Moutard-Martin.** — Société anatomique.
1877. **Magnant.** — Thèse de Paris.
 Lépine. — Société anatomique.
 Petit. — Rapports de la pleurésie et des kystes du foie.
 Charcot. — Maladies du foie.
 Frerichs. — Traité pratique des maladies du foie, 3^e édition.
1878. **Murchison.** — Maladies du foie.
1879. **Duvernoy.** — Thèse de Paris.
 Siredey. — Progrès médical.
1880. **Rendu.** — Société anatomique.
 Sorel. — Société anatomique.
 Blachez. — Gazette des Hôpitaux.
 Hayem. — Revue des Sciences médicales.
1881. **Chauvel.** — Gazette des Hôpitaux.
 Richard. — Revue des Sciences médicales.
 Codet. — Thèse de Paris.
 Creyx. — Thèse de Paris.
 Ortiz-Coffigny. — Thèse de Paris.
 Rendu. — Société anatomique.
 Rigal. — Société anatomique.
1882. **Millard.** — Société anatomique.
 Richet. — Gazette des Hôpitaux.
 Masseron. — Thèse de Paris.

1883. **Berthaud.** — Thèse de Paris.
Fabre. — Thèse de Montpellier.
Marmonnier. — Lyon Médical.
1884. **Verneuil.** — Société anatomique.
Hérard. — Société anatomique.
Reymondon. — Thèse de Paris.
Gérin-Roze. — Société anatomique.
1885. **Ch. Durand.** — Thèse de Montpellier.
Villette. — Bulletin médical du Nord.
Hanot. — Archives de médecine.
1886. **Guyot.** — Société des Hôpitaux.
Gérin-Roze. — Société des Hôpitaux.
Sevestre. — Société des Hôpitaux.
Braine. — Thèse de Paris.
1887. **Reclus.** — Gazette des Hôpitaux.
Bouveret. — Lyon Médical.
J. Cyr. — Traité pratique des maladies du foie.
Segond. — Semaine médicale.
1888. **Letulle.** — Société anatomique.
1889. **Quenu.** — Gazette des Hôpitaux.
1890. **Th. Legry.** — Thèse de Paris.
Cécile Dylon. — Thèse de Paris.
Hallopeau. — Traité de pathologie générale.
1891. **Dupré.** — Thèse de Paris.
Mauny. — Thèse de Paris.
Chauffard. — Société des Hôpitaux.
Galliard. — Société des Hôpitaux.

